Rok LI. Kraków, dnia 9. marca 1912. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O leczeniu płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową

podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz [1]).

Niema drugiej choroby zakaźnej ostrej, którąby w swym przebiegu była tak kapryśna, zdradliwa i nieobliczalna, jak płonica, niema też drugiej, którejby się — i to słusznie — zarówno publiczność, jak lekarze w równej mierze obawiali. Toteż zagadnienie leczenia płonicy jest zagadnieniem zawsze bardzo aktualnem.

Zdania co do skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy są dotąd jeszcze bardzo sprzeczne. Możnaby wymienić cały szereg gorących zwolenników i cały szereg sceptyków. Ta rozbieżność tłumaczy się po części niezgodnością zapatrywań teoretycznych na sprawę. Nie jest jeszcze mianowicie dotychczas ostatecznie ustalonem, czego się teoretycznie, z góry, można po surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy spodziewać. Głównym jednak powodem rozbieżności jest mojem zdaniem ta okoliczność, że metoda oceniania wyników tego leczenia, dotychczas stosowana przez klinicystów, pozwala na stronnicze zachowanie się oceniającego: daje ona z jednej strony pole do nieuzasadnionych zachwytów, z drugiej do zupełnego niedowierzania.

Co do teoretycznego uzasadnienia sprawy, to w płonicy należy odróżnić pierwszy, wstępny okres, objęty pierwszym tygodniem choroby, a zwłaszcza jego początkiem, i okresy późniejsze. W pierwszym okresie zaburzenia chorobowe zależą chyba wyłącznie od samego zakażenia płoniczego, tj. wywołane są przez swoisty zarazek płoniczy, dotychczas bliżej nieznany, i jego jady. Zaburzenia te — gorączka, zaburzenia nerwowe, sercowe, naczyniowe — gdy osiągną pewne natężenie, mogą być same przez się groźne dla życia. W okresach późniejszych zaburzenia zależne od zakażenia i zatrucia płoniczego mogą trwać wprawdzie dalej, ale z reguły słabną, co wyraża się najlepiej opadaniem gorączki. Jeżeli w tych dalszych okresach wystąpią znowu objawy niepokojące, lub nawet groźne dla życia, to stosunkowo rzadko wchodzą tu w grę czyste sprawy płonicze — za taką sprawę uważamy n. p. dotychczas zapalenie popłonicze nerek — nierównie zaś częściej wtórorzędne zakażenia, prawie zawsze paciorkowcowe, mające wrota wejścia w zmianach gardła, atakujące w pierwszym rzędzie miejscowe gruczoły, ale mogące doprowadzić do ogólnej posocznicy i ropnicy.

Otóż surowica przeciwpaciorkowcowa, stosowana w płonicy, nie jest środkiem swoistym, nie jest to surowica przeciwpłonicza, gdyż paciorkowiec wbrew przeciwnym twierdzeniom nie jest przecież zarazkiem płoniczym. Z góry zatem jest nieprawdopodobnem, żeby surowica mogła oddziałać na objawy i przebieg pierwszego okresu płonicy. Mimo to, niektórzy autorowie taki wpływ surowicy przyjmują; przeważnie odnosi się to do tych autorów, co łatwo zrozumieć, którzy wierzą także w rolę paciorkowca, jako swoistego zarazka płoniczego. Chociaż to stanowisko musimy uważać za nieuzasadnione, należy się starać przedmiotowo i bez uprzedzeń doświadczalnie stwierdzić, czy takie działanie surowicy istnieje, czy nie. Uwydatnićby się ono musiało w pierwszym rzędzie w przypadkach płonicy najcięższej i płonicy piorunującej, wiodącej bez leczenia swoistego do śmierci w ciągu pierwszych dni 3—6. Musiałoby się ono także odbić w przypadkach lżejszych na przebiegu gorączki.

Ale nawet, gdyby względem zaburzeń pierwszego, czysto płoniczego okresu surowica miała się okazać bezwartościową, nie wyłączony byłby przy zastosowaniu wczesnem jej wpływ korzystny na okres późniejszy choroby, gdyż mogłaby działać, — i w tym kierunku już zupełnie swoiście — zapobiegając zakażeniom paciorkowcowym lub modyfikując ich przebieg. Już to samo byłoby ogromną korzyścią i mogłoby uratować wiele młodych jestestw od śmierci.

Co do metody, to chodziłoby o wyłączenie wszelkiej stronniczości w ocenianiu ciężkości przypadków, z jednej strony przypadków leczonych surowicą, z drugiej nieleczonych i służących jako przypadki kontrolne. Postępowanie, które pod tym względem jest zupełnie bez zarzutu, stosuję od r. 1905. Polega ono na tem, że każdy przypadek najprzód ocenia się co do ciężkości i oznacza według tego liczbą I, II, III lub IV, zapisuje się tę ocenę, czyli rokowanie w historyi choroby, a dopiero potem losowaniem się rozstrzyga, czy ma być stosowana surowica, czy nie. W razie wahania co do ciężkości przypadku używa się znaków pośrednich I/II, II/III i III/IV, i zalicza w takim razie dany przypadek w zestawieniach po połowie do

[1]) Według odczytu wygłoszonego w sekcyi pedyatrycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1911.

dwóch grup. Do doświadczeń włącza się tylko przypadki w pierwszych czterech dniach choroby, przypadki lekkie tak dobrze, jak i ciężkie. W ten sposób otrzymuje się dwa zupełnie równorzędne szeregi przypadków, z jednej strony przypadki nie leczone surowicą, z drugiej przypadki leczone. Surowicę wstrzykuje się tylko raz jeden, w dawce 50—100 cm³.

Działanie surowicy ocenia się na podstawie objawów ściśle przedmiotowych. Najważniejszem będzie ostateczne zejście choroby: wpływ surowicy wyraziłby się tu w obniżeniu śmiertelności, względnie podniesieniu odsetka wyleczeń. Podniesienie tego odsetka jest przecież naszem właściwem zadaniem. Wszystkie inne szczegóły mają tylko drugorzędne znaczenie. Można jednak uwzględnić zachowanie się gorączki, aby ocenić, czy surowica oddziaływa na zaburzenia pierwszego, czysto płoniczego okresu. Dalej uwzględnimy częstość i ciężkość powikłań. Czas trwania gorączki nie ma wielkiego znaczenia. Trudno mianowicie niekiedy oznaczyć koniec gorączki płoniczej, n. p. u osobników z ukrytą gruźlicą gruczołową, będącą podstawą przewlekłych stanów podgorączkowych. Przytem oba szeregi nie są pod względem gorączki równorzędne, gdyż w szeregu leczonym surowicą pojawiają się często gorączki posurowicze, które częściowo zbiegają się z gorączkami wskutek powikłań płoniczych, tak, że nie zawsze łatwo jedne od drugich oddzielić.

Postępowanie opisane stosowałem naprzód sam osobiście od r. 1905—1907, a wyniki ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« 1908 r. W tej pierwszej seryi spostrzeżeń stosowałem surowicę wyrobu Palmirskiego w Warszawie w ilości z reguły 50 cm³. Przypadków leczonych było 18, nie leczonych 17, razem 35. Dalsze spostrzeżenia prowadzili asystenci kliniki pedyatrycznej, Dr Bujak i Dr Dadej od r. 1908. Spostrzeżenia te prowadzą się jeszcze w dalszym ciągu i po zebraniu większego materyału zostaną szczegółowo ogłoszone. W tej drugiej seryi spostrzeżeń używano surowicy z zakładu prof. Bujwida i wstrzykiwano ją w ilości 100 cm³. Przypadków leczonych było dotąd (lipiec 1911) 12, nie leczonych 11, razem 23. Ogółem obejmuje zatem nasz materyał 58 przypadków, z tego 30 leczonych surowicą, 28 nie leczonych.

Zestawienie przypadków daje, jak dotychczas przynajmniej, dosyć jasną i w obu seryach jednobrzmiącą odpowiedź na pytanie co do skuteczności surowicy w obu określonych poprzednio kierunkach.

I tak co do skuteczności surowicy w zaburzeniach pierwszego, czysto płoniczego okresu, odpowiedź wypada ujemnie. Skuteczność wyraziłaby się musiała przedewszystkiem korzystnym wpływem na przebieg ciepłoty, surowica musiałaby wywołać spadki gorączki. Spadki, nawet przełomowe, krytyczne, zdarzają się po zastosowaniu surowicy, ale zdarzają się równie często i w przypadkach kontrolnych. Częstsze w obu szeregach jest powolne opadanie ciepłoty, ale możliwe są także w pewnych przypadkach lekkie wznoszenia się. Liczby przeciętne nie są dla surowicy korzystne w żadnej seryi doświadczeń; drobne różnice oczywiście nie mają znaczenia. Można uwzględniać albo bezwzględne spadki, albo odsetkowe w stosunku do wzniesienia średniego dziennego w pierwszym dniu spostrzeżenia ponad 36·8⁰; odsetkowe spadki lepiej odzwierciedlają zachowanie się gorączki, oznaczają bowiem, o ile ciepłota przez spadek zbliżyła się do prawidłowej. Przy 38·8⁰ wzniesienie wynosi 2⁰, przy 37·8⁰ jeden stopień. Spadek bezwzględny o jeden stopień będzie oznaczać w pierwszym wypadku opadnięcie gorączki tylko do połowy pierwotnego wzniesienia (50%), w drugim zupełne ustąpienie (100%), co oczywiście nie jest równoważnem. Zaznaczę, że w przypadkach, w których ocenę podejmowano w dniu przyjęcia chorego do szpitala i w których w tym dniu oznaczono jedynie ciepłotę wieczorną, przyjmowałem dla tego dnia średnią dzienną o 0·3⁰ niższą od ciepłoty wieczornej. Ta średnia dzienna w pierwszym dniu spostrzeżenia, tj. w dniu oceny, względnie wstrzyknięcia surowicy, wynosiła w pierwszej seryi w szeregu nieleczonym średnio 1·81⁰, w leczonym 2·27⁰, w drugiej seryi w szeregu nieleczonym 1·54⁰, w leczonym 1·72⁰ ponad 36·8⁰.

Spadki wynosiły średnio:

	Spadki bezwzględne w stopniach				Spadki w odsetkach pierwotnego wzniesienia ponad 36·8⁰			
Przypadki	nieleczone		leczone		nieleczone		leczone	
W przeciągu godzin	24	48	24	48	24	48	24	48
W seryi I . . .	0·44	0·71	0·46	1·04	**24·3**	39·2	20·3	45·8
W seryi II . . .	0·19	**0·7**	0·22	0·48	12·3	**45·5**	12·8	27·9

Widzimy z tego, że co do niektórych liczb (tłusty druk) szereg przypadków nie leczonych przedstawia się nawet korzystniej od leczonych, co do innych mamy znów wychylenie przeciwne, a reszta liczb jest w obu szeregach zgodna. W każdym razie zestawienie to nie przemawia za jakimkolwiek wybitniejszym wpływem surowicy na przebieg gorączki płoniczej.

Nie spostrzegaliśmy także wbrew zapewnieniom niektórych autorów korzystnego wpływu surowicy na wysypkę i na objawy nerwowe. Natężenie tych objawów nie da się jednak ująć ściśle w cyfry i nie nadaje się jako miara do badania wpływu surowicy.

Surowica nie oddziałała też na śmiertelność przypadków ciężkich, oznaczanych III, i najcięższych z rokowaniem niekorzystnem, oznaczanych IV. Wszystkie przypadki, oznaczone IV, skończyły się szybko śmiercią, a oznaczone III miały znaczną w obu szeregach, mniej więcej równą (około 10%) śmiertelność. Niestety przypadków ciężkich mogliśmy połączyć do doświadczeń tylko niewiele i tylko w pierwszej seryi. Materyał jest zbyt skąpy, aby były dozwolone pewniejsze wnioski.

Powikłania, które występują w dalszym przebiegu, a które dotąd uważa się ogólnie — można mieć wątpliwości, czy słusznie — za czysto płonicze, tj. t. zw. powikłania popłonicze, jak pewne zapalenia gruczołów, zapalenia stawów, a przedewszystkiem zapalenia nerek, zdarzały się w obu szeregach równie często. Co do ich przebiegu, to różnica uwydatniła się w drugiej seryi spostrzeżeń o tyle, że w szeregu nieleczonym spostrzegaliśmy jeden przypadek ciężkiego zapalenia nerek, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego, w szeregu zaś leczonym takiego przypadku nie było.

Jeżeli się teraz zapytamy o wpływ surowicy na czę-

stość i przebieg powikłań paciorkowcowych, posoczniczych, to i tu otrzymujemy odpowiedź jasną, ale odpowiedź przemawiającą jak dotychczas niedwuznacznie na korzyść surowicy. Częstość tych powikłań nie była wprawdzie w szeregu leczonym mniejszą. Zgorzelinowe zapalenia gardła, jamy ustnej, zapalenia ropne ucha środkowego, zapalenia gruczołów lekkie, lub wiodące do zropienia, zdarzały się równie często w obu szeregach. Surowica widocznie nie może ich powstaniu zapobiedz. Zato, o ile można wnosić z naszego materyału, wpływa niewątpliwie korzystnie na ich przebieg w tym kierunku, że ciężkie stany posocznicze i ropnicze nie tak łatwo się rozwijają.

Ten wpływ surowicy uwydatnia się szczególniej wybitnie w grupach przypadków lekkich, oznaczonych II. Gdy w szeregu leczonym wszystkie te przypadki skończyły się wyleczeniem, to w szeregu nieleczonym mieliśmy cztery przypadki śmierci. Jeden przypadek śmierci, oznaczony II, należał do pierwszej seryi doświadczeń. Nie czułem się w mej pierwszej publikacyi uprawnionym do wypowiadania na podstawie tego jednego przypadku jakichkolwiek wniosków. W drugiej seryi mieliśmy jednak takich przypadków trzy, jeden oznaczony I/II, dwa oznaczone II. W oznaczonym I/II przyczyną śmierci, co prawda, było, jak już wspomniałem, zapalenie popłonicze nerek.

W każdym razie wychylenie jest tutaj wybitne. Z jednej strony w szeregu leczonym przy rokowaniu I i II śmiertelność równa zeru, z drugiej w szeregu nie leczonym stosunkowo znaczna. Wynosiła ona w pierwszej seryi doświadczeń dla I, 0% (0:3), dla II 22·22% ($1:4^1/_2$), w drugiej seryi dla I 9.09% ($^1/_2:5^1/_2$), dla II 45·45% ($2^1/_2:5^1/_2$). Ogółem dla obu seryi wynosiła śmiertelność grupy I. 5·88% ($^1/_2:8^1/_2$) i odnieść ją tu musimy do zapalenia nerek, grupy II 35% ($3^1/_2:10$), przyczem w 5% odnieść ją musimy do zapalenia nerek, a w 30% do paciorkowcowych powikłań posoczniczych.

Ponieważ w szeregu leczonym surowicą takich ciężkich powikłań nie spostrzegamy, wynikałoby z tego, że, o ile można polegać na naszym szczupłym jeszcze materyale, surowica ma w tym kierunku wpływ wybitny.

Spostrzeżenia nasze dają niedwuznaczną wskazówkę, jak należy surowicę stosować. Powinno się ją stosować wcześnie nie tylko w przypadkaeh ciężkich, gdzie jej działanie na zaburzenia pierwszego okresu jest co najmniej wątpliwe, ale właśnie w przypadkach lekkich; a nawet najlżejszych, aby działać zapobiegawczo względem powikłań posoczniczych. Stosowanie surowicy będzie mimo łagodnego początku choroby szczególnie tam wskazane, gdzie zdarzyły się u rodzeństwa przypadki śmierci skutkiem płonicy, a mianowicie skutkiem późniejszych jej posoczniczych powikłań.

Z tymi wynikami spostrzeżeń klinicznych zgadzają się także moje spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Między przypadkami, w których surowicy nie stosowałem, był jeden, przedstawiający się początkowo jako lekki (rokowanie II), w którym następnie rozwinęła się na tle zmian w gardle i gruczołach ogólna ropnica i który zakończył się śmiercią. Przypadki leczone surowicą, o ile początkowo przedstawiały się korzystnie, a przynajmniej nie rozpaczliwie, wszystkie zakończyły się wyleczeniem.

* * *

Doszliśmy na podstawie naszych spostrzeżeń do jasnych wniosków, które wydają się tem prawdopodobniejsze, że zgadzają się dobrze z naszem pojmowaniem teoretycznem spraw płoniczych. Mimo to przy tak małym materyale pewna powściągliwość w wysnuwaniu wniosków jest wskazana. Osiągnięcie większego materyału jest zaś dla jednego spostrzegacza, o ile niema do rozporządzenia wielkiego oddziału płoniczego, nie łatwe, gdyż wiele przypadków, przyjętych w późniejszych dniach choroby, musi być z doświadczeń wyłączonych. Byłoby zatem wskazanem, żeby liczni spostrzegacze podjęli doświadczenia w warunkach zawsze jednych i tychsamych. Dopiero takie badanie zbiorowe rozstrzygnie ostatecznie sprawę skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Dokończenie).

L. p. 276, 1908/9. K. P., 32-letnia żona rolnika z Rakszawy, przyjęta 21 grudnia 1908. Rodziła 3 razy, ostatni raz przez 3 laty, roniła raz przed 10 miesiącami. Od 5 lat zauważyła bole w kościach i powolne zmniejszanie się wzrostu. Od ostatniego porodu stan pogorszył się znacznie, tak że wkrótce potem już chodzić nie mogła. W lipcu była leczona w lwowskim zakładzie położniczym na zmięknienie kości zapomocą wstrzykiwań adrenaliny, poczem bole się zmniejszyły i chora mogła swobodnie chodzić. Stan ten utrzymywał się prawie do końca listopada. Następnie pogorszył się znowu. Ostatni peryod skończyła chora 17 kwietnia 1908 r., ruchy poczuła we wrześniu. Badanie wykazało: Osoba wynędzniała, nie mogąca chodzić, z kośćmi częściowo powyginanemi, z kręgosłupem tak wygiętym, że łuki żebrowe stykały się z grzebieniem kości biodrowej; stąd brzuch w bardzo wysokim stopniu obwisły, znajdował się właściwie w całości przed chorą, gdyż w swojem właściwem miejscu ani w części pomieścić się nie mógł. Macica powiększona odpowiadała rozwojem mniej więcej około 9 miesiącom księżycowym ciąży. Płód żywy, w położeniu czaszkowem pierwszem nieustalonem. Miednica w wysokim stopniu zmiękczała (osteomalatyczna); jej wymiary były:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	27 »
D. troch.	24 »
C. ext.	20 »

Wymiarów wewnętrznych zmierzyć niepodobna ze względu na kolosalne zwężenie, które nie pozwalało nawet na przesunięcie 2 palców. Wobec powyższych stosunków naturalnie o żadnem innem rozwiązaniu, jak o cięciu cesarskiem, marzyć nie było można.

Dla tymczasowego polepszenia stanu ogólnego wstrzykiwano znowu podskórnie adrenalinę i to w dawkach 1—2 cm., roztworu 1—1000 (takamine Parke-Davis). Pomimo jednak tych wysokich dawek, które nie wywoływały żadnego odczynu ze strony matki lub płodu, pomimo, że

leczenie przeprowadzano przez dni 14, polepszenia nie było.

28 stycznia o godz. 2. rano, wystąpiły pierwsze bole porodowe, już w 5 godzin później stwierdzono ujście zupełnie rozwarte, główkę zaklinowaną do wchodu i wstawienie się kości ciemieniowej tylnej. Zaraz potem, w trakcie przygotowań do operacyi, pękł pęcherz płodowy. O godzinie 8 rano w spokojnem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga po wypełnieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 3 palce poniżej pępka, ku dołowi zaś do spojenia łonowego (Dr Tobiaszek). Po rozsunięciu mięśni, wstawia się w ranę pęcherz, wystający na $6^1/_2$ cm. nad spojenie. Otrzewna pokrywa 3 cm. jego przedniej ściany, dno, i 3 cm. ściany tylnej, poczem tworząc płytką zatokę pęcherzowo-maciczną, zagina się ku górze i zrasta ze ścianą macicy o 6 cm. powyżej w zaułku między trzonem a dolnym odcinkiem.

Usunięcie otrzewnej na tępo z pęcherza (Sellheim I) udaje się bardzo łatwo po bokach, nieco trudniej w środku, usunięcie jej z macicy nie przedstawia trudności aż do zaułka między trzonem, a dolnym odcinkiem. Przy próbie oddzielenia w tem miejscu, przedziera się otrzewna, wobec czego postanowiono operować dalej sposobem Pfannenstiela i w linii środkowej otwarto jamę otrzewną. Jeden rzut oka w głąb wystarcza do przekonania się, że cięcie szyjne wykonać się nie da żadnym sposobem z powodu niezwykłego kształtu i ułożenia macicy. Tworzy ona niejako dwa odrębne guzy, dolny mało wypuklony, utworzony przez dolny odcinek macicy, i górny, odpowiadający trzonowi, przegiętemu silnie naprzód. Między nimi znajduje się głęboki, ciasny rowek, a na jego dnie leży pierścień skurczowy. Dolny guz zawiera główkę, górny ciało płodu. Wobec tego na przedniej ścianie dolnego odcinka leży przednia ściana trzonu tak, że dla wykonania cięcia w tem miejscu absolutnie nie ma dostępu, a próby podniesienia macicy ku górze nie udają się wobec niemożebności usunięcia bardzo znacznego przodozgięcia trzonu macicy, który w innem położeniu nie znalazłby miejsca w jamie brzusznej.

Wobec powyższego stanu rzeczy przedłużono cięcie skórne poza pępek, wytoczono macicę przed powłoki brzuszne, rozcięto ją w dnie sposobem Fritscha i wydobyto płód, a zaraz potem łożysko ręką. Dobrze kurczącą się macicę zeszyto szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, usunięto oba jajniki, ze względu na zmiękknienie kości, zapuszczono macicę do jamy brzusznej i zamknięto ranę. Operacya trwała 76 minut. Prócz 3 pierwszych dni, w których gorączka dochodziła do 38·2°, przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgoiła się doraźnie. Stan zmiękknienia kości polepszył się znacznie, tak, że 18 lutego można było pacyentkę wypuścić do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3700 gr., długości 52 cm utrzymano przy życiu.

Przypadek powyższy dowodzi, że przecież wydarzyć się mogą stany, uniemożliwiające wogóle wykonanie cięcia cesarskiego szyjnego, jako jedyny jednak wyjątek nie zwalcza bynajmniej reguły, lecz owszem potwierdza ją tylko.

Chciałbym dalej poruszyć jeszcze sprawę czasu wykonywania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego. Jego zwolennicy podają jako zaletę, że można odwlekać je jak najdłużej, gdyż wolno je wykonać także w przypadkach podejrzanych, i że to dłuższe czekanie wytwarza właśnie warunki korzystne dla operacyi przez znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka. Przeciwnicy zaś to właśnie poczytują za wadę, twierdząc, że należy zabieg wykonać możliwie wcześnie, dla zaoszczędzenia rodzącej bezużytecznej pracy porodowej. Sądzę, że według dziś ogólnie nabytego doświadczenia odnośnie do cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego i jedni i drudzy mogą pozostać przy swojem zdaniu, bo zabieg ten równie dobrze da się wykonać przy końcu ciąży, jak i w każdej chwili porodu. Cała tajemnica powodzenia polega na zastosowaniu obniżenia górnej połowy ciała i operowania w położeniu Trendelenburga. W położeniu tem narządy jamy brzusznej opadają ku klatce piersiowej, wraz z niemi opada ciężka macica, o ile tylko w jamie brzusznej znaleźć może miejsce, co prawie zawsze jest możliwe, a w ślad za tem wyciąga się wzdłuż dolny odcinek i niejako wysuwa z miednicy małej. Wraz z nim wysuwa się także pęcherz moczowy i załamek otrzewnej, tak, że właściwie cała operacya odbywa się powyżej wchodu do miednicy małej i przez cały czas pod okiem operatora. Stwierdzenie tego faktu jest bezsprzecznie zasługą Bumma, który szczęśliwym trafem poprzednio operował w położeniu poziomem, później w położeniu Trendelenburga, mógł więc odrazu zauważyć różnicę i napisać: »So ist rasch und sicher ein genügend grosses Stück der vorderen Uteruswand zur Inzision frei gelegt«. Dopiero ta uwaga Bumma wykazała, dlaczego jedni mieli do pokonania przy zewnątrzotrzewnem cięciu cesarskiem prawie nieprzezwyciężone trudności, drudzy zaś zrozumieć ich nie mogli, gdyż nigdy trudności takich nie napotkali, nawet przy zabiegach, wykonywanych po raz pierwszy w życiu, gdzie o jakiejś szczególnej wprawie nie mogło być mowy.

Długość dolnego odcinka, potrzebna do rany, wystarczającej na przepuszczenie główki płodu, nie odgrywa żadnej roli. Zazwyczaj już przy końcu ciąży zmieści się w nim taka rana, długości 10—11 cm. Gdyby jednak przecież miejsca było za mało, to nie stoi nic na przeszkodzie, aby przeciąć całą ścianę przednią poniżej przyczepu otrzewnej razem z ujściem zewnętrznem i przedłużyć cięcie na sklepienie pochwowe i przednią ścianę pochwy w dowolnej długości. Taksamo nie odgrywa żadnej roli fakt nieotwarcia ujścia zewnętrznego, gdy wewnętrzne i tak przy końcu ciąży jest rozwarte na tyle, aby swobodnie mogło przepuścić odchody połogowe. W razie zamkniętego ujścia zewnętrznego rozszerza się je od strony rany operacyjnej jakiemkolwiek narzędziem. Wprowadzona po operacyi gaza utrzymuje je drożnem w pierwszych czasach, a potem wobec rozpulchnienia narządu płciowego i wobec pozostawania gazy przez 24 do 48 godzin ujście to pozostaje nadal drożnem i niema obawy o zastój odchodów połogowych. Miałem sposobność niejednokrotnie obserwować podobne przypadki i nigdy powikłań z tej strony nie widziałem. Gdyby jednak wbrew temu kiedyś przecież przyjść miało do następowego zamknięcia się ujścia, to rozwarcie jakiemkolwiek narzędziem, wprowadzonem od strony pochwy, jest przecież zabiegiem tak niewinnym, że na szali zaważyć nie może.

Opierając się na powyższych wywodach, z mej strony w całości uznać muszę zapatrywanie, zaznaczone przez Bumma, a otwarcie wypowiedziane przez Stöckla, że czas wykonania zabiegu żadnego nie ma znaczenia i zewnątrzotrzewne cięcie cesarskie wykonać się da sposobem Latzki

równie dobrze przy końcu ciąży, jak w każdym okresie porodu.

Zapatrywania obce.

Przy końcu niniejszej pracy należy jeszcze zdać sprawę z zapatrywań rozmaitych autorów na tę sprawę, gdyż osobiste moje doświadczenie może być słusznie uważane za niewystarczające dla bezwzględnego rozstrzygnięcia wątpliwości. Według ogłoszonego piśmiennictwa i według referatów, wypowiadanych w Towarzystwach lekarskich, głównym zasadniczym przeciwnikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego jest Schauta. Gdyby zdanie jego zostało potwierdzone przez dalsze cyfry i obserwacye, przestałoby cięcie cesarskie istnieć od dnia 2 marca 1909 r. W swej druzgocącej krytyce oparł się Schauta na swej własnej statystyce cięcia cesarskiego klasycznego, wykazującej 3·4% śmiertelności wobec 8% śmiertelności cięcia zewnątrzotrzewnego, jak podał wówczas. Opierał on się w tem obliczeniu na cyfrach, wziętych od innych autorów, których jednak nie wymienił, gdyż doświadczenie własne, oparte na 2 przypadkach, nie mogło dać naturalnie podstaw do żadnyeh obliczeń. W teoryi przytoczył, że obawia się rozległej rany w tkankach zewnątrzotrzewnych, która goi się tylko wtedy, jeżeli jest bezwzględnie czysta, że odporność otrzewnej na zakażenie jest większa, niż rany zewnątrzotrzewnej, że sączkowanie rany rokowania nie polepsza, że wydobycie płodu przy cięciu zewnątrzotrzewnem jest trudne i stąd łatwo powstają obrażenia, że obawia się pękania blizny w następowej ciąży i że wreszcie przy cięciu zewnątrzotrzewnem nie można wykonać ubezpłodnienia. Na wszystkie te zarzuty znajduje się dokładną odpowiedź w mojem zestawieniu i w powyższych wywodach. Wykazują one dowodnie, jak złudne są statystyki, oparte na małej ilości przypadków, i jak często praktyka stoi w zupełnej sprzeczności z zarzutami, które teoretycznie wydają się oparte na niewzruszonych podstawach. Tylko co do ostatniego zarzutu, tyczącego się ubezpłodnienia, odpowiedzieć muszę, że w przypadkach czystych nie można niczego zarzucić operacyi wśródotrzewnej, w przypadkach zaś podejrzanych, które i tak nie nadają się do cięcia cesarskiego klasycznego, lepiej jest wykonać zabieg zewnątrzotrzewnie, a dopiero po ostatecznem zamknięciu rany, oczyszczeniu jej i osłonięciu, otworzyć otrzewnę i usunąć jajowody. Szanse zakażenia będą w takim razie przecież mniejsze, aniżeli przy wykonaniu całej operacyi wśródotrzewnie. Z mej strony sądzę, że powyższy sposób postępowania powinien być regułą także dla przypadków czystych.

Drugim przeciwnikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego jest Leopold, który, opierając się na 214 przypadkach cięcia klasycznego, 77 zabiegiem Porro i 12 zewnątrzotrzewnych, w których tylko 8 przypadków śmiertelnych odnosiło się do osób zakażonych, wszystkie zaś inne były ściśle czyste, obserwowane w klinice 2—3 tygodnie przed zabiegiem, — radzi pozostać przy cięciu klasycznem w przypadkach czystych, a zewnątrzotrzewne stosować tylko do podejrzanych. W porównaniu obu zabiegów podaje jako zaletę cięcia cesarskiego klasycznego gładką ranę maciczną, szybkość przebiegu operacyi, łatwy szew, małe krwawienie, dobry przebieg pooperacyjny, dobre rokowanie dla płodu i możliwość przeprowadzenia zabiegu w każdej chwili. Podnieść tutaj muszę, że czas przeprowadzenia jednej i drugiej operacyi, jak ogólnie dziś przyznają, nie wykazuje różnic między sobą. Czas jej trwania zależy od operatora i jego wprawy i jest »ceteris paribus« mniej więcej równy dla obu zabiegów. Różnice są tylko w trwaniu poszczególnych części operacyi; przy cięciu wśródotrzewnem okres od początku aż do chwili wydobycia płodu trwa krócej, od tej chwili aż do końca operacyi dłużej, niż przy cięciu zewnątrzotrzewnem. Wpływać to musi naturalnie na rokowanie ze względu na dziecko i sprawy te z takiego punktu widzenia omówiłem powyżej. Co do podniesionej zalety cięcia cesarskiego klasycznego, o ile to dotyczy przebiegu pooperacyjnego, stwierdzić muszę, że po cięciu zewnątrzotrzewnem przebieg ten jest równie dobry, a ogólne wrażenie znacznie lepsze, aniżeli po cięciu klasycznem. Nie chcąc występować z mojem tylko doświadczeniem, pozwolę sobie przytoczyć słowa Stöckla, który, omawiając cięcie metodą Latzki, pisze: »Ein glattverlaufener extraperitonealer Kaiserschnitt ist eine idealschöne Operation. Man hat dabei ein Gefühl eine schwierige Aufgabe mit einfachen Mitteln und auf eine für die Operierte ausserordentlich schonende Weise gelöst zu haben. Und dieses Gefühl verstärkt sich noch bei der Beobachtung der Rekonvalescenz«.

Odpowiedź na resztę zarzutów Leopolda znajdzie się w poprzednich wywodach.

Jeżeli się wspomni jeszcze nazwisko Freunda, który nie widzi żadnych powodów do zarzucenia klasycznego cięcia cesarskiego, to lista przeciwników cięcia zewnątrzotrzewnego będzie zamknięta.

Lista zwolenników znacznie jest większa. I tak: Dührssen sądzi, że cięcie zewnątrzotrzewne wyprze zupełnie cięcie cesarskie klasyczne, przedwczesny poród sztuczny, cięcie przyłonowe, pomniejszenie główki żywego dziecka, zapobiegawczy obrót i kleszcze wysokie. Franz, wykazując zalety cięcia nadłonowego, przechyla się także na jego stronę. Henkel w obszernych swoich wywodach podnosi wiele punktów, przemawiających za cięciem zewnątrzotrzewnem, a Hofmeier, nadmieniając, że wykonanie cięcia przez- lub zewnątrzotrzewnego zależy w pierwszej linii od wysokości, do której sięga pęcherz, (przy położeniu Trendelenburga nie odgrywa to żadnej roli), zaleca cięcie nadłonowe. Döderlein zasadniczo operuje w dolnym odcinku macicy, o ile można zewnątrzotrzewnie. Według Junga, nadają się do cięcia klasycznego tylko przypadki, w których nie można ominąć otwarcia jamy otrzewnej. Krönig w artykule polemicznym z Rothem wyraża zdanie, że cięcie cesarskie szyjne wyłączy postępowanie klasyczne przy wązkich miednicach. Zdaniem Morawskiego (z kliniki Rosnera) cięcie cesarskie klasyczne pozostanie tylko dla przypadków bezwzględnego ścieśnienia miednicy, absolutnie czystych, we wszystkich zaś innych razach ustąpi miejsca cięciu zewnątrzotrzewnemu.

Piskaček wyraża uzasadnioną nadzieję, że klasyczne cięcie cesarskie wykonywać się będzie tylko w przypadkach groźnego niebezpieczeństwa, lub takich, gdzie ominięcie otwarcia jamy otrzewnej nie jest możliwe. Runge spodziewa się, że szyjne cięcie cesarskie wyruguje zupełnie postępowanie klasyczne przy miednicach zwężonych zna-

cznie, a jako jedyną obawę podnosi niepewność co do późniejszego zachowania się blizny (obawa dziś już płonna). Co do techniki wykonania, oświadcza się wyraźnie za sposobem Latzki.

Najcharakterystyczniejszy przebieg zmian w zapatrywaniach, aż do ich ostatecznego ustalenia, widać u Bumma. 27 marca 1908 po wykonaniu pierwszych przypadków, zachwycony ich przebiegiem, powiedział: »Wer einmal die neue Metode des suprasymphysären Kaiserschnittes ausgeführt hat, wird den alten klassischen Schnitt nicht mehr anwenden». Po dwóch latach, 11 marca 1910, oświadczył sam, że zdanie powyższe było zanadto entuzyastyczne, a cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne nie ma tego znaczenia, jakie mu przypisywano. W marcu wreszcie roku 1911 po wprowadzeniu u siebie operowania w położeniu Trendelenburga i po poznaniu zalet tego położenia, zwraca się znowu do swej pierwotnej oceny, pisząc: »Wenn auch der Medianschnitt mit Zuhilfenahme der steilen Beckenhochlagerung eine gute Lösung der extraperitonealen Öffnung des Uterus oberhalb des Beckenringes darstellt und meines Erachtens als Methode der Wahl angesehen werden darf, so ist damit das Problem der Rettung des Kindes bei Frauen nicht gelöst, die wegen Beckenenge oder sonstiger Hindernisse auf natürlichem Wege nicht gebähren können und wegen Infection und Zersetzung des Fruchtwassers bereits fiebern». Zdanie to odnosi się więc do wszystkich przypadków, prócz zakażonych, w których to ostatnich cięcie cesarskie wogóle nie jest wskazane.

Ogłoszenie powyższych zmiennych zapatrywań jest bezsprzecznie zasługą Bumma, gdyż daje miarę, jak bez uprzedzeń przystępował do ocenienia nowej operacyi. Spodziewać się jednak można, że ostatnie zdanie, oparte już na rozległem własnem i obcem doświadczeniu, pozostanie nadal bez zmiany.

W roku 1910 powiada Küstner: »Wenn ich auch das Ziel des extraperitonealen Operierens nie aus den Augen verloren habe, so verkenne ich nicht dass auch schon der transperitoneale zervikale Kaiserschnitt grosse Vortheile vor dem corporealen Kaiserschnitte hat. Er ist lebenssicherer als dieser». O ile zaś cięcie zewnątrzotrzewne daje lepsze wyniki od wśródotrzewnego szyjnego, wykazuje moje zestawienie.

Omawiając sprawę zachowania się blizn po cięciu szyjnem, dochodzi Scheffzek do wniosku: »dass die Narbe des extraperitonealen Uterus-Schnittes bei Weitem die der klassischen Sectio an Festigkeit übertrifft. Sie stellt keineswegs die Fertilität und die Gebährfähigkeit der Frauen in Frage; beides ein schwerer Vorwurf, der dem corporealen Kaiserschnitt gemacht werden muss. Dieser Umstand allein muss, wenn wir wirklich konservative Geburtshülfe betreiben wollen, so hoch veranschlagt werden, dass er allein genügen müsste, um der extraperitonealen Sectio unsere Zuneigung zu sichern».

W najnowszej obszernej pracy pisze Stöckel: »Ich glaube, dass der extraperitoneale Kaiserschnitt stets an Stelle des intraperitonealen gesetzt werden sollte, wenn nicht die Sterilisation durch Tubenresection, oder die Castration, oder die Amputation nach Porro die Eröffnung der Peritoneums unumgänglich nothwendig macht«.

Sądzę, że powyższa lista wystarczy do przechylenia szali na korzyść cięcia zewnątrzotrzewnego.

Jako końcowy wynik chciałbym jeszcze podać wskazówki, wynikłe z mego doświadczenia, a odnoszące się do pytań, kiedy i jak wykonać cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne. Odpowiedź na pierwsze przychodzi mi bardzo łatwo. Polecam cięcie zewnątrzotrzewne dla wszystkich przypadków, w których dotąd robiono cięcie wśródotrzewne, nawet dla takich, w których następowo trzeba otworzyć jamę otrzewną dla wykonania tamże potrzebnych zabiegów. Jedynym wyjątkiem będą przypadki, w których chodzi o jaknajszybsze wydobycie płodu, a więc przypadki operacyi w agonii i po śmierci matki. Gdyby z jakichkolwiek przyczyn operacya zewnątrzotrzewna technicznie nie dała się wykonać, lub w czasie operacyi otrzewna przypadkowo się przedarła, nie upieram się przy cięciu zewnątrzotrzewnem, lecz przechodzę do wykonania cięcia szyjnego wśród- lub przezotrzewnego.

Co do samej techniki, uważam za najlepszy sposób Latzki, przeprowadzony w położeniu Trendelenburga. Na cięcie skórne nie kładę żadnej wagi, pozostawiając woli operatora wykonanie cięcia podłużnie, lub poprzecznie. Rany okołopęcherzowej ile możności nie sączkuję, pozostawiając sobie założenie gazy tylko dla przypadków wyjątkowych, w których to jest bezpośrednio wskazane. Wreszcie jestem zwolennikiem tamponowania jamy macicy, choćby nawet nie było krwawienia, uznając argumenta, przytaczane w tym względzie przez Marsa.

Piśmiennictwo. 1) Bardeleben. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 48. — 2) Baum. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 14. — 3) Birnbaum. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 44. — 4) Bumm. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1910. Nr 45., 1910. Nr 48., 1911. Nr 9. — 5) Cholmogoroff. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 16. — 6) Chrobak. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 7) Czyżewicz. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 25. — 8) Dobbert. Zentrbl. f. Gyn. 1909, Nr 11. — 9) Döderlein. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 4., 1910. Nr 45. — 10) Dührssen. Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr 5. — 11) Everke. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 12) Eversmann. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33., 1910. Nr 8. — 13) Fehling. Strassb. med. Ztg 1910. Nr 7. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1911. Nr 1. — 14) Fraipout. a) Scalpell et Liège med. 1908. Nr 3. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 25. b) Obstetrique 1910. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 41. — 15) Frank E. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 6. — 16) Frank F. a) Arch. f. Gyn. T. LXXXI. Z. 1. b) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 17) Frank M. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 18) Franz. a) Prakt. Erg. d. Geb. u. Gyn. T. I. Z. 1. b) Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 24. — 19) Freund. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1909, Nr 16. — 20) Fromme. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 17. — 21) Fuchs. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 21. — 22) Gerstenberg. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 41. — 23) Hammerschlag. a) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 50. b) tamże 1910. Nr 48. c) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. LXVII. Z. 1. — 24) Hartmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 28. — 25) Heinricius. a) Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. b) Gyn. Rundsch. 1910. Nr 8. c) Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 33. — 26) Henkel. a) Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 47. b) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XLVI, Z. 2. c) Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 2. — 26) Hofmeier. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 29. — 27) Holzapfel. Samml. klin. Vortr. Volkmanna. Neue Folge. Nr 534—535. Gyn. Nr 196—197. — 28) Hörmann. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 42. — 29) Jahreiss. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 7. 1909. Nr 33. — 30) Jung. Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 17—18. — 31) Kahn. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 50. — 32) Kehrer. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Hegara T. XIV, Z. 1. — 33) Kermauner. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 28. — 34) Kneise. Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 36. — 35) Knoop. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 6. — 36) Koblanck. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 23. — 37) Kroemer. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 38) Krönig. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1908. Nr 46., 1911. Nr 11. — 39) Kupferberg. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 45. — 40) Küstner. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 16.,

1908. Nr 52., 1909. Nr 1., Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 34., Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 17. — 41) Latzko. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 8., 1908, Nr 42., 1909., Nr 22., Frauenarzt 1910. Nr 6. — 42) Laubenburg. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 43) Leopold. Arch. f. Gyn. T. XCI. Z. 2. — 44) Lichtenstein. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 26. — 45) Liepmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 37.— 46) Litschkuss. Żurn. akusz. 1910. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 8. — 47) Luchsinger. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 33. — 48) Mathes. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 47. — 48) Morawski. Przegl. lek. 1910. Nr 49. — 59) Nacke. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 51) Olshausen. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 43.—52) Opitz. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 53) Pankow. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., T. LXVII. Z. 1., Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 54) Pestalozza. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 55) Pfannenstiel. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 10. — 56) Piskaček. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 57) Raszkes. Przegl. lek. 1909. str. 254. — 58) Reifferscheid. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 59) Richter. Arch. f. Gyn. T. XCI, Z. 2. — 60) Rosenfeld. Wien. klin. Wochschr. 1909. Nr 16. — 61) Rosthorn. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 62) Roth. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 7. — 63) Routh. Zentrbl. f. Gyn. 1010. Nr 45. — 64) Rubeska. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 17., 1909. Nr 33., 1910. Nr 35. — 65) Runge. Arch. f. Gyn. T. LXXXIX, Z. 2., p. 425. — 66) Schauta. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 67) Scheffzek. Deut. med. Wochschr. 1909. Nr 32. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. LXVII, Z. 3. — 68) Schwab. Arch. f. Gyn. T. XC. str. 471. — 69) Seeligmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 8. — 70) Sellheim. a) Beitr. z. Geb. u. Gyn. Hegara. T. XIV, Z. 1, b) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 5., 10., 20., 40., 42. c) Gyn. Rundsch. 1909. Nr 16. d) Zentralbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 71) Sigwart. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 48. — 72) Solms. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 51., 1910. Nr 48. — 73. Spaeth. Zentralbl. f. Gyn. 1908. Nr 20. — 74) Stoeckel. Prakt. Erg. d. Geb. u. Gyn, T. III. Z. 1. — 75) Stolz. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 41.— 76) Streit. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 43. — 76) Uthmöller. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 45. — 77) Veit. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 78) Wiemer. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 39.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O działaniu adaliny

podał

Dr Ksawery Walter.

praktykant szpitala.

Wcale pokaźna ilość prac o działaniu adaliny, ogłoszonych w stosunkowo krótkim czasie w czasopismach lekarskich, dowodzi żywego zajęcia się klinicystów tym nowym środkiem nasennym i kojącym. Wprowadzona w obieg przez fabrykę wiedeńską Bayer i Ska, adalina (bromdiaethylacetylcarbamid) ma wzór chemiczny

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} Br \\ CONH - CONH_2 \end{matrix}$$

a stanowi proszek biały, krystaliczny, bez zapachu, dość gorzki. Adalina rozpuszcza się bardzo mało w wodzie zimnej, nieco więcej w ciepłej, najwięcej jeszcze w tłuszczach, wobec czego podawanie jej np. w mleku, jest dość nieprzyjemne.

Jak z przytoczonego wzoru chemicznego wynika, w adalinie znajduje się brom w połączeniu z mocznikiem i związkami etylowymi. Brom, zawarty w adalinie, z jednej strony wzmacnia działanie mocznika i grup etylowych, z drugiej strony łatwo się wydziela, przez co adalina w ustroju działa szybko.

Korzystne oceny co do działania adaliny u chorych nerwowych i umysłowych skłoniły mnie do podjęcia doświadczeń z tym lekiem w chorobach wewnętrznych na oddziale I B. Krajowego Szpitala św. Łazarza w tych przypadkach, w których chodziło o wywołanie snu i ukojenia układu nerwowego (hypnoticum i sedativum). Nadmienić należy, iż przy stosowaniu adaliny uwzględniałem zawsze dokładnie stan podmiotowy chorego, zachowanie się czynności serca, oddychania i narządu wydzielniczego, jak również starałem się oznaczyć, jak długo ten środek leczniczy pozostaje w ustroju. Wobec różnorodnego i obfitego materyału chorobowego, użyczonego mi z całą gotowością przez prymaryusza Radcę Dr Krokiewicza, stosowałem adalinę w 60 przypadkach chorobowych, mianowicie w przebiegu gruźlicy płuc i opłucnej, niedomogi mięśnia sercowego, ogólnej miażdżycy tętnic, w przebiegu duru brzusznego, rwy kulszowej, przewlekłego zatrucia alkoholem, w przypadkach nerwic serca, dusznicy bolesnej, dychawicy oskrzelowej, neurastenii, histeryi, w chorobie Basedowa, blednicy, niedokrwistości, w kile układu nerwowego i t. d.

W celu zebrania dokładnych spostrzeżeń, podawałem adalinę przeważnie u chorych inteligentnych, przyczem znaczną część stanowili lekarze, słuchacze medycyny i t. d.

Spostrzeżenia moje potwierdziły, że adalina jest bardzo skutecznym środkiem nasennym. Zazwyczaj po podaniu choremu 0·75 do 1,0 gr. adaliny w formie pastylek (gdyż ta okazała się bardzo praktyczną) w gorącej herbacie — w trzy kwadranse do jednej godziny pojawiała się senność, poczem następował sen spokojny, trwający 8 do 10 godzin. Chorzy budzili się z uczuciem rzeźkości i wypoczęcia. Sen nie bywał głęboki, łatwo go można było przerwać; po takiem przebudzeniu chorzy rychło napowrót zasypiali. Cięższych ubocznych przypadków, jak wymiotów, nudności, nigdy nie można było zauważyć. W trzech tylko przypadkach wystąpiły bóle głowy, ociężałość, podobnie, jak się to wydarza po zatruciu alkoholowem.

Podając adalinę jako środek nasenny, należy zawsze dawkę odpowiednio zastosować do indywidualności chorego. I tak np. u chorej, u której z powodu przygnębienia, wywołanego stosunkami rodzinnymi, istniała uporczywa bezsenność, podana na noc dawka 0·5 adaliny, już była za wielka, wywoływała sen twardy, trwający 12 i więcej godzin, a następnie jeszcze przez cały dzień utrzymywała się senność. Dopiero dawka 0.25 gr. adaliny sprowadzała sen dostateczny, 8-godzinny. W innych zaś przypadkach przeciwnie, dopiero dawka 1·5 gr. adaliny odnosiła skutek; mniejsza ilość nie była wystarczającą dla wywołania snu.

Przy dłuższem podawaniu adaliny, pomimo zmniejszania następowego dawek, następuje sen taki sam, jak po stosowaniu pierwotnych większych dawek. Niejednokrotnie stwierdziłem, iż ten sam skutek wywierała następnie dawka 0·75—0·5 adaliny, jak z początku 1 gram. Również na korzyść adaliny podnieść należy i tę okoliczność, że można ją stosować czas względnie bardzo długi, bez obawy przyzwyczajenia się i szkodliwych dla ustroju następstw. Spostrzeżenia moje obejmują i jednomiesięczne okresy podawania adaliny.

Z licznych obserwowanych przypadków zasługuje na

uwagę szczególniej jeden, w którym adalina stanowczo dzielniej działała, niż inne środki nasenne.

Dr. M. G., lekarz, cierpi od roku na uporczywą bezsenność; sen występuje jedynie tylko po użyciu środka nasennego. Wypróbował wszelkie znane środki nasenne prócz wodnika chloralu. Między innemi wyżył 50 gramów weronalu. Dawka 0·75 adaliny działała najlepiej i sprowadzała sen 8-godzinny. Raz tylko po pierwszej dawce wystąpiły bóle głowy, oszołomienie, ociężałość.

W innym znowu przypadku, gdzie po użyciu weronalu pojawiały się na drugi dzień uporczywe bóle głowy, wymioty i nudności — po adalinie następował zawsze sen, bez dalszych przypadłości.

Uboczne działanie zawartego w adalinie bromu, zresztą nieszkodliwe, stwierdzić mogłem w jednym przypadku; u chorego ze znaczną neurastenią, który już okazywał poprzednio pewną idyosynkrazyę do bromu, po podaniu 0·5 adaliny zauważyłem skąpy trądzik (acne bromata), ograniczony tylko do okolicy czołowej.

Spostrzeżenia moje co do działania kojącego adaliny odnoszą się w przeważnej części do schorzeń serca, gdzie wynik nieraz okazał się wprost znakomitym. W przypadkach dusznicy sercowej bolesnej i bezbolesnej, w stwardnieniu naczyń wieńcowych, jakoteż i ogólnem, w wadach serca — działanie było wybitnie kojące. Podawałem 3 razy dziennie po 0·5, nieraz dawkę wieczorną podnosząc do 0·75 gr., zwłaszcza wtedy, gdy napady dusznicy występowały częściej w nocy. Działanie zaznaczyło się już w kwadrans lub $^1/_2$ godziny, trwało średnio cztery godziny. Napady lęku, trwogi, uczucie ściskania koło serca, ustępowały lub zmniejszały się, chorzy przepędzali noc spokojnie. W przypadkach bardziej uporczywych, wskutek długotrwałego schorzenia, wyniki były nie tak korzystne, zawsze jednak zauważyć można było, że liczba i nasilenie napadów dusznicy zmniejszały się, a w przerwie następował sen. Jakiegokolwiek wpływu niekorzystnego na przebieg choroby nigdy nie można było zauważyć.

Korzystne działanie adaliny zaznaczało się również w nerwicach serca, śledziennicy, neurastenii, histeryi itd. Chorzy uspakajali się, objawy podrażnienia ustępowały, np.:

Chora M. K. lat 22. Rozpozn. klinicz.: Infiltr. apic. utriusque, neurasthenia. Rozdrażnienie w wysokim stopniu, bardzo częste wymioty nerwowe, znaczne wychudzenie. Podano adalinę 3 razy dziennie po 0·5. Chora wkrótce zupełnie się uspokoiła — wymioty ustąpiły i chora znacznie przybrała na wadze.

Również korzystny wynik zauważyłem i w okresie przekwitania, gdzie istniały nawały krwi do głowy, bicie serca, bezsenność itd. Wszystkie te objawy po zastosowaniu adaliny znacznie się zmniejszyły. W przypadku tym stosowany poprzednio brom działał mniej dodatnio, nie usuwał bowiem silniejszych napadów dusznicy i bezsenności.

W porównaniu z innymi środkami nasennymi, jak weronalem i trionalem, należy podnieść, iż adalina działa pewniej i skuteczniej. W dwu tylko przypadkach działanie weronalu było wydatniejsze, chociaż wystąpiły potem objawy uboczne, jak bóle głowy, ociężałość itd. W każdym razie już ta okoliczność, że adalina nie ma działania trującego, czego dowodem niedawno ogłoszony przypadek Freunda usiłowanego bezskutecznego otrucia przez zażycie naraz 4·5 gr. adaliny, przemawia stanowczo na jej korzyść. Tam, gdzie adalina nie dawała pożądanego skutku, n. p. w przypadkach zbyt silnych bólów, kaszlu znacznego, także i weronal nie działał korzystnie i uciec się trzeba było do zastosowania podskórnego morfiny.

Przetwory bromu, stosowane zwłaszcza w przypadkach połączonych z bezsennością, działały o wiele słabiej, niż adalina.

Działania szkodliwego na układ naczyniowo-krwionośny, nie można było zauważyć. W czasie snu liczba tętna była nieco mniejsza, zawsze jednak w fizyologicznych granicach. W nerwicach sercowych tętno, a tem samem i czynność serca ulegały znacznemu zwolnieniu. Badania przyrządem Riva-Rocci wykazały niejednokrotnie obniżenie ciśnienia krwi na tętnicach sprychowych o 15—20 mm słupa rtęci, zwłaszcza w przebiegu miażdżycy tętnic, gdzie ciśnienie dochodziło do 135—140 mm słupa rtęci i wyżej. Gdy zaś parcie było prawidłowe, tam wybitniejszego obniżenia przez adalinę nie zauważyłem.

Na narząd oddechowy, jak i na narząd wydzielniczy, adalina nie wywiera żadnego wpływu.

Rozpad adaliny w ustroju następuje zazwyczaj bardzo szybko, czem też wytłómaczyć sobie można stosunkowo krótkie jej działanie. W moczu pojawia się brom już w 2—3 godzin i znika zazwyczaj po 6—7 godzinach, choć niekiedy i po 12 godzinach można było w moczu wykazać jeszcze ślady bromu. Świadczy to o niejednostajnem wchłanianiu się adaliny w ustroju. Nigdy nie można było stwierdzić działania zbiorowego (kumulatywnego) po stosowaniu adaliny przez czas dłuższy.

Wogóle na podstawie naszych doświadczeń musimy stwierdzić, że w adalinie przybywa dzielny środek nasenny i kojący, który nie wywołuje żadnych ubocznych przypadów, stosowany nawet przez czas dłuższy. Adalina często przy dłuższem użyciu wywołuje skutek — po podawaniu następowo mniejszych dawek — zupełnie taki sam, jak poprzednio. Szczególniej korzystnie działa adalina jako środek nasenny i kojący w bezsenności na tle nerwowem, w całym szeregu nerwic serca i w schorzeniach organicznych serca, zmniejszając objawy chorobowe i ich nasilenie.

Szefowi mojemu, prymaryuszowi Radcy Dr A. Krokiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za zachętę do niniejszej pracy, oddanie mi do dyspozycyi materyału oddziału i cenne wskazówki.

O konserwowaniu narzędzi i przyrządów

podał

Dr Adolf Klęsk

Dyrektor Domu Samarytańskiego PP. Ekonomek w Krakowie.

Konserwowanie narzędzi i przyrządów jest sprawą w obecnych czasach drożyzny bardzo żywotną, rozstrzyga ono bowiem o poważnym wydatku w dorocznym budżecie lekarza. Ceny niektórych artykułów lekarskich, np. gumowych, podniosły się tak znacznie, że lekarz, nie szanujący swych narzędzi i przyrządów, naraża się na znaczne wy-

datki, o których publiczność nie wie, a może i nie chce wiedzieć.

Sprawą konserwowania narzędzi interesuje się nasza literatura mało. Jedynie tu i ówdzie spotykamy wzmianki co do przechowywania i wyjaławiania cewników i rękawiczek gumowych. W klinikach lekarz również się tego nie nauczy, bo przyrządami zajmuje się poza operacyami (a nawet i przy operacyach) nieraz służba, nie bardzo dbająca o konserwowanie narzędzi. Lekarz praktyczny, a zwłaszcza operujący, musi tedy opłacić zawsze »frycowe« i własnem doświadczeniem nauczyć się konserwowania narzędzi lub też, gdy tego uczynić nie ma ochoty, sprawiać co chwila nowe.

Przy konserwowaniu narzędzi wchodzą w grę: racyonalne przechowywanie i oszczędzanie instrumentów przed, przy, i po użyciu.

Co do pierwszego, to cel ten osiąga się przedewszystkiem, jeżeli pokój ordynacyjny lekarza jest suchy, nie wilgotny i jeżeli narzędzia umieszczone są odpowiednio, t. j. w specyalnej, hermetycznej szafce. W szafce tej, najlepiej szklanej, ułatwiającej przegląd przyrządów, nie należy przechowywać żadnych innych środków, zwłaszcza chemikaliów, gdyż nieraz ani się spodziewamy, że to one właśnie niszczą nasze przyrządy, wydzielając z siebie połączenia, wpływające zgubnie na metale, gumę i t. p. Narzędzia niklowane, nie używane często, »obierają« się, czyli matowieją, lub nawet (w razie złego niklowania) czernieją z czasem i dlatego regularnie co pewien czas powinna być cała szafka wypróżnioną, dokładnie okurzoną, narzędzia metalowe przetarte flanelką, a zamki nasmarowane białą oliwą lub ew. choćby żółtą waseliną. O przyrządach gumowych mówić będę osobno poniżej.

O instrumenta dbać, czyścić je i t. p. może jedynie człowiek, znający dobrze cel każdego narzędzia i trudno też wymagać, by służba, nieraz często zmieniająca się, umiała odczyszczać i rozkręcać strzykawki, skomplikowane przyrządy i t. p. Ten więc, kto to wszystko zostawia służbie, narazi się napewno na to, że narzędzia jego prędko ulegną zepsuciu, czy też zniszczeniu.

Sprawa ta łączy się z drugą, t. j. z szanowaniem narzędzi przed, przy i po ich użyciu.

Co do sprawy szanowania narzędzi przed użyciem, to nie mogę omawiać jej zbyt obszernie, pokrywa się ona bowiem po większej części ze sprawą wyjaławiania. Wspomnę tu tylko o wynikach, dążących do konserwowania narzędzi przy ich wyjaławianiu i odczyszczaniu.

Narzędzia metalowe ew. gumowe i szklane wyjaławiamy zwykle, gotując je w 1% sodzie. Otóż nie jest rzeczą obojętną, jakiej do tego użyjemy wody. Jeżeli operować mamy gdzieś poza domem, t. zn. gotować we wodzie nieznanej, lepiej ją przedtem przegotować i narzędzia włożyć do wody już przegotowanej i odstałej z ewentualnego osadu. Nieraz po gotowaniu w wodzie nieznanej narzędzia czernieją wskutek obecności siarki, rdzewieją, dostają plam itp. Używając wody z wodociągu, należy dobrze ją przedtem odlać z rur. Nikiel narzędzi bardzo jest czuły na wszelkie domieszki mineralne.

Narzędzia ostre powinny być przygotowane i umieszczone w odpowiednich ramkach, gdyż tańcząc w wodzie przy gotowaniu nieraz się tępią. Ciągłe zawijanie np. noży w watę ma tę wadę, że tępi ostrze. Strzykawki szklane do gotowania rozkręcamy, ale tłok (gumowy) zostawiamy w cylindrze szklanym, albowiem inaczej pęcznieje i potem przy wkładaniu do cylindra narażamy się na stratę czasu, przez manipulacyę uszkadzamy gumę i t. p. Używać należy o ile możności cylindrów o brzegach gładkich oszlifowanych, nie ostrych, te bowiem niszczą bardzo tłoki gumowe. Narzędzia niszczy często nie tyle gotowanie, ile nieodpowiednie obchodzenie się z niemi po wyjałowieniu.

Ze względu na możliwość rdzewienia, należy narzędzia gotowane przechowywać (jeżeli operacya trwać ma długo) pod powierzchnią płynu. Bardzo też niszczą się narzędzia, jeżeli się je wyjaławia w domu i jedzie się potem nieraz z temi narzędziami godzinami do chorych. Należy mieć naturalnie wobec tego sterylizatorek do narzędzi na drogę, dający się upakować.

Narzędzia nie dające się gotować (o gumowych pomówimy osobno) umieszczamy zwykle na pewien czas w płynie odkażającym. Należy pamiętać o tem, że nie każdy środek odkażający jest do tego odpowiedni. Tak np. jedynie jeszcze sublimat i karbol nadają się do cewników elastycznych, a już lizoform nie całkiem odpowiada temu zadaniu.

Hottinger i Kollbruner zachwalają do cewników gumowych sposób Wolfa, t. j. umieszczanie w rozczynie sublimatu (1,0) w glicerynie (100,0). Po 20 godzinach cewniki są jałowe i bardzo dobrze się przechowują, nie tracąc nic ze swej gładkości i wytrzymałości.

Herring podał przyrząd, w którym wyjaławia szybko cewniki, przyczem odrazu pokrywają się one warstewką jałowej waseliny; w ten sposób mogą być jałowo przechowywane dobrze i długo, czekając użytku. Sposób ten nadaje się tak dla gumowych, jak i elastycznych cewników. Przyrząd do odkażania cewników jedwabnych i rękawiczek gumowych i przechowywanie ich (gotowanie w glicerynie) podał też Heusner. Juvara i Jianu podali przyrząd do wyjaławiania rękawiczek w glicerynie w parze (120°) po ciśnieniem. Freund jedwabne cewniki wyjaławia w naczyniu szklanem z wentylem hermetycznym w płynie, złożonym z dwu części gliceryny i 1 części wody.

Konserwowanie narzędzi przy używaniu polega głównie na unikaniu stykania się ich z ciałami, szkodliwie na nie działającemi. A więc przy narzędziach niklowanych chodzi głównie o sublimat, azotan srebrowy, przetwory jodu i t. p., przy gumowych o ciała rozpuszczające w sobie gumę lub niszczące ją, a należą tu: benzol, terpentyna, dwusiarczek węgla, chloroform, nafta, jodbenzyna Heusnera i t. p. Oszczędzamy narzędzia po użytku, osuszając je prędko, smarując zamki tłuszczem, w razie najdrobniejszych starć z niklu oddając je zaraz do naprawy i niklowania.

Specyalnie właściwie czyścić narzędzi metalowych, gdy je szanujemy, nie trzeba, bo jeżeli są zniszczone, trzeba je niklować. Gdy mydło i szczotka nie pomogą, można czyścić je kredą ze spirytusem do palenia lub proszkiem, używanym przez gospodynie do czyszczenia srebra. Wszelkie zaś pasty są szkodliwe.

Bardzo ważne miejsce w sprawie tu omawianej zajmują strzykawki i przyrządy gumowe. Zacznijmy od pierwszych. W powszechnem użyciu, jako stosunkowo najtańsze, są strzykawki z tłokami gumowymi. Strzykawki całe szklane lub metalowe są wprawdzie droższe, ale pozornie, albowiem konserwacya ich jest znacznie tańszą. Tłoki gumowe wymagają bowiem wielkiej dbałości. Jak postępować przy gotowaniu, mówiliśmy powyżej. Po użytku strzykawkę koniecznie należy rozebrać, dokładnie wytrzeć do sucha, tłok rozkręcony nasmarować i wsunąć w stanie rozkręconym do cylindra. Właśnie często psują się strzykawki Pravatza z tego powodu, że tłoki, i to do tego mokre, pozostawiamy w strzykawce w stanie szczelnym, t. j. nie rozkręcone. Tłok taki potem kurczy się, zsycha i staje się nieszczelnym, lub przylepia się do cylindra i trzeba go poprostu potem odrywać. Jeżeli jesteśmy w drodze, lub nie mamy czasu na rozkręcanie strzykawki (a zdarza się to bardzo często), w takim razie po kilkakrotnem przepłukaniu strzykawki wodą, lub gdy była gotowaną, wprost po gotowaniu, przepłukujemy ją kilkakrotnie alkoholem lub spirytusem do palenia, by odciągnąć resztki wody. Wróciwszy do domu, należy jednak strzykawkę rozebrać. Służbie naszej niestety tego nie chce się czynić i dlatego strzykawki wędrują ciągle do naprawy bez potrzeby.

Skoro wskutek nieostrożności lub dłuższego używania tłok gumowy zaczyna się na szkle cylindra »obierać«, należy zaraz dać go do oszlifowania, podobnie gdy

wskutek nieostrożnego wkładania tłoka do cylindra naderwała się tu i ówdzie guma. Nie należy nigdy w strzykawce trzymać dłużej środków odkażających, np. lizoformu, celem utrzymania czystości strzykawki, bo tłoki zaraz zaczną się »obierać«.

Igły strzykawek wymagają także nadzoru, albowiem bardzo łatwo wskutek rdzewienia od środka, gdzie nie są niklowane, ulegają złamaniu. Igłę po użytku i przepłukaniu alkoholem, wysuszamy choćby przez wydmuchanie, a najlepiej przepuszczając przez nią gorące powietrze i wkładamy do środka mandryn czyli drucik zlekka tłustością nasmarowany. Gdy tylko igła okazuje tu i ówdzie rdzawe plamy, należy oddać ją do naprawy.

Niezmiernie ważne a trudne jest konserwowanie przyrządów gumowych. W rachubę wchodzą tutaj zwłaszcza rękawiczki, palce gumowe, cewniki żołądkowe i pęcherzowe, rurki do stolca, a wreszcie dreny.

Przyrządy gumowe ulegają łatwo zepsuciu: 1) Gdy są za często lub naodwrót za rzadko używane, 2) gdy się je gotuje za długo lub z dodatkiem szkodliwym, 3) gdy się je przechowuje w miejscu zbyt suchem lub zbyt wilgotnem, 4) gdy są zrobione z lichego materyału, 5) gdy się je po użytku źle osuszy i nie powlecze odpowiednio.

Punkta te nakłaniają też do następującego sposobu przechowywania przyrządów gumowych: Przechowywać je należy w miejscu dość suchem, szczelnie zamknięte w słojach lub pudełkach, gotować tylko do każdego użytku ilość potrzebną (np. drenów i cewników), i to czas możliwie krótki, ew. gotowane stosownie przechowywać, kupować wyroby gumowe najlepszej sorty, po użytku dokładnie osuszać i smarować od zewnątrz i o ile możności od wewnątrz. W razie, jeżeli przedmioty gumowe przechowujemy sucho i szczelnie, odpada potrzeba smarowania.

Jeżeli przedmioty gumowe przechowuje się źle, mało się ich używa, lub po użyciu nie osusza dokładnie, w takim razie zaczynają one zesychać, ew. kruszyć się. W ten sposób marnieją cewniki, sondy żołądkowe, baloniki gumowe, ssawki i t. p. O ile zesztywnienie to nie dosięgło już wielkiego stopnia, można próbować, jak doświadczenie mnie pouczyło, umieścić dany przedmiot gumowy w nafcie i wyjąć wtedy, skoro przekonamy się, że guma zmiękła. Jeżeli trzymamy gumowe przedmioty w nafcie za długo, w takim razie pęcznieją tak, że np. zwykły cewnik staje się dwa razy dłuższy i grubszy. Inni radzą zeschnięte przedmioty gumowe poddawać przez dobę działaniu par dwusiarczku węgla, a potem przez 12 godzin działaniu par nafty.

Prototypem konserwacyi przedmiotów gumowych jest rękawiczka gumowa, która ma już swoje obszerne piśmiennictwo.

Rękawiczka gumowa jest obecnie dla lekarza-praktyka niezbędna, a jako rzecz nie tania, wymaga specyalnej opieki.

Odkażają rękawiczki mechanicznie przez mycie mydłem i szczotką, podobnie jak ręce, przez odkażanie autanem, formolem i t. p., przez gotowanie i wyjaławianie w parze.

Częstego i długiego gotowania rękawiczki nie znoszą, tracą bowiem elastyczność, rozszerzają się balonowato itp. Jeżeli np. włożymy rękawiczki do rozczynu sublimatu, alkoholu i gliceryny na 3 dni, to ucierpią one najwięcej w sublimacie, mniej w alkoholu, a najmniej w glicerynie.

Gliceryna bywa też dlatego używana do przechowywania przedmiotów gumowych. Dreny przechowuje się w 5% karbol-glicerynie, a ew. rękawiczki w sublimat-glicerynie 1:1000. Płyn ten, z powodu dodania pastylki zabarwionej, jest różowy. Skoro przez wyjmowanie rękawiczek utraca barwę różową, dowodzi to już rozcieńczenia wodą i trzeba wtedy glicerynę zmienić.

Praktyczny sposób odkażania rękawiczek podał Mende: gotowanie po wymyciu mechanicznem rękawiczki napełnionej gorącą wodą 5 minut i przechowywanie we wspomnianym dopiero co płynie. Gliceryna powinna być ogrzana do wrzenia, a potem rękawiczki do niej włożone. Mniej więcej można podług Mendego każde rękawiczki gotować 12 razy, tak, że wobec ceny rękawiczek u nas 4—5 koron, a płynu 2 korony, użycie rękawiczek kosztuje około 50 halerzy.

Becker wyciera tylko rękawiczki minutę 20% formolem, a w ostatnim czasie Kozłowski zaleca gotować je w rozczynie szarego mydła. Heve wyjaławia rękawiczki przez 40—50 minut w parze, przyczem zawija je w ściereczki rozpięte na szkieletach drucianych. Po użyciu należy rękawiczki dokładnie z obu stron wysuszyć i przechowywać suche, zasypane proszkiem łojku (talcum). Rękawiczki nie powinny leżeć w płynach przeciwgnilnych np. w miednicy, czekając użytku dłużej, niż dwie godziny. Zwłaszcza przetwory formalinowe, obecnie modne, działają źle na gumę.

Cienkie palce gumowe, o ile nie były użyte do spraw bardzo nieczystych, lecz do zwykłego badania przez odbytnicę lub pochwę, odkażamy po opłukaniu na palcu 20% formolem, potem osuszamy, zasypujemy łojkiem, zwijamy i przechowujemy w szczelnem pudełku, obficie posypane łojkiem.

Cewniki gumowe po użytku, ew. gotowaniu wycieramy dokładnie, przedmuchujemy, przestrzykujemy alkoholem, potem ew. przedmuchujemy gorącem powietrzem i albo umieszczamy w szczelnem naczyniu (niekoniecznie nasmarowane), lub, gdy takiego nie mamy, smarujemy waseliną białą lub żółtą, ew. oliwą. Cewniki elastyczne przeczyszczamy spirytusem mydlanym, wysuszamy i przechowujemy w odpowiedniem naczyniu. Jeżeli cewników gumowych nie używamy, należy je mniej więcej co kwartał wyjąć, włożyć na chwilę do gorącej wody (ew. nasmarować lekko naftą) i potem proceder wspomniany powyżej powtórzyć.

Tych kilka uwag podałem nie w innym celu, jak tylko, aby zachęcić kolegów do większego dbania o własne dobro. Wiem dobrze, że niejeden praktyk nie znajdzie tu wiele nowego, ale właśnie zwracam się z prośbą do kolegów, by wiedząc ze swego własnego doświadczenia o jakimś sposobie konserwacyi narzędzi, w odpowiedzi niejako na moje uwagi, podali krótkie notatki do »Przeglądu«, jako uzupełnienie dla powszechnego pożytku.

Przyczynek do etyologii czarnej choroby noworodków (melaena neonatorum)

podał

Dr Jan Siedlecki (Nowy Sącz).

W październiku 1911 r. zostałem zawezwany około 1. godz. w nocy do dziecka 2-dniowego, u którego miała odejść ze stolcem krew. Po pokazaniu mi pieluszek, nie mogłem przy świetle lampy rozstrzygnąć, czy stolce rzeczywiście są krwawe. Rozstrzygnięcie musiałem odłożyć do rana, stwierdziłem jednak u dziecka zapad sił, tętno bardzo nikłe i nitkowate, coby wskazywało na krwotok wewnętrzny. Rano przy badaniu istotnie okazała się krew pomieszana ze stolcem, a nawet sama odchodząca w skrzepach, jak również wymioty krwawe, zawierające również skrzepy krwi. Rozpoznanie czarnej choroby (melaena neonatorum) nie ulegało wątpliwości. Dziecko wśród ogólnego zapadu w kilka godzin zmarło.

Matka dziecka (należąca do inteligencyi), wzruszona śmiercią, dostała obok ogólnych nerwowych objawów bardzo silnych bólów w okolicy żołądka i wymiotów, które były bardzo kwaśne. Podane środki uspokajające nie działały prawie zupełnie. Wywiady wskazywały na dawną spra-

wę żołądkową, co do której rozpoznanie lekarzy wiedeńskich wahać się miało między wrzodem okrągłym żołądka a nieżytem kwaśnym. By uzyskać jakąś wskazówkę dokładniejszą, podałem chorej kilkakrotnie arsen w kroplach, który ma wywoływać wzmożenie się bolów w razie obecności wrzodu okrągłego żołądka. Nie otrzymałem jednak wyniku. Bole pozostały w tym samym stopniu, jak przedtem, wymioty trwały ciągle przez kilka dni. Powoli zaczęły się objawy zmniejszać, co przypisuję podaniu silnych środków alkalicznych w dużych dawkach. Chora zaczęła przychodzić do siebie, a po jakimś czasie wyjechała do Wiednia, gdzie rozpoznano bliznę po wrzodzie okrągłym żołądka.

W przypadku tym nasuwałoby się przypuszczenie związku przyczynowego między chorobą matki, trwającą podczas ciąży, a sprawą chorobową u dziecka. Wstrzymuję się od jakichś dalszych wniosków, proponowałbym jednak, aby w każdym przypadku czarnej choroby u noworodków badano w klinikach matkę pod względem zachowania się treści żołądkowej, jak również co do przebytych chorób w zakresie przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **W sprawie leczenia wąglika.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Coraz więcej toruje sobie drogę zapatrywanie, że wąglika należy leczyć zachowawczo. Niektórzy wprost twierdzą, że leczenie doszczętne nawet szkodzi i wywołuje zakażenie ogólne. Wprost zaś bezcelowem jest leczyć doszczętnie tam, gdzie drobnoustroje są już we krwi. Badać należy krew zawsze, bo nieraz objawy kliniczne są zawodne, np. przy zakażeniu ogólnem są nieznaczne i odwrotnie. Najgorsze rokowanie daje wąglik na szyi (33% śmiertelności). Próbują obecnie leczyć wąglika salwarsanem, ale wyniki są niepewne. Również niepewne są jeszcze wyniki leczenia surowicą. Na podstawie zestawienia 44 przypadków wąglika ze szpitala w Hamburgu Eppendorf oświadcza się B. stanowczo za leczeniem zachowawczem. Chirurgiczne leczenie wskazane jest jedynie natychmiast po zakażeniu (np. w zakażeniu pracowniane). Zwykle jednak chorzy przychodzą już do leczenia z krostą i wtedy zadaniem lekarza powinno być pomagać ustrojowi w walce z zakażeniem, unieruchomić daną część ciała itp. K.

Wiewiorowski. **Przyczynek do leczenia tętniaków z pomocą szwu naczyń (idealna operacya tętniaków).** (Med. Klinik. 1912, Nr 5). Z postępem szwu naczyń możemy obecnie kusić się już o leczenie tętniaków bezpośrednio szwem, i to albo przez marszczenie ścian worka lub nawet przez wycinanie worka i zeszywanie kikutów (operacya idealna). Takich operacyi opisano w literaturze 18. W. donosi o wyleczeniu wrzekomego tętniaka po postrzale biodra śrutem (op. Küttner) przez wycięcie części jednej żyły biodrowej i szew okrężny, a przez boczne zeszycie drugiej żyły i tętnicy. Przed każdą operacyą próbować należy leczenia uciskiem, bo nieraz i ono pomódz może. Delbet np. donosi o 111 przypadkach leczonych w ten sposób, z czego w 76 wyleczenie (w 5 pęknięcie zacisku). Przy operacyach tętniaków dbać należy skrupulatnie o aseptykę i operować bardzo delikatnie. K.

Położnictwo i ginekologia.

Vogt. **O pęknięciu blizny macicznej po klasycznem cięciu cesarskiem.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Badania i zestawienia statystyczne wykazały, że pęknięcie macicy w bliźnie po cięciu cesarskiem, przy ciążach następnych zdarza się rzadko. Występuje ono najczęściej w ostatnich miesiącach ciąży, rzadziej przy samym porodzie. Jednostajnej przyczyny pęknięć wykazać nie można; pewną rolę odgrywa tu nadmierne rozdęcie macicy (bliźnięta, nadmiar wód), usadowienie łożyska w miejscu blizny i złe pierwotne zrośnięcie się rany. Objawy kliniczne zależą od rozległości pęknięcia, a szczególnie od wielkości krwawienia wewnętrznego; to krwawienie zaś zależy głównie od tego, czy jaje płodowe całe wyszło do jamy brzusznej, a więc z łożyskiem, czy też nie; w pierwszym przypadku wskutek skurczów próżnej macicy krwawienie znacznie się zmniejsza. Rokowanie dla matki i płodu jest względnie korzystne. Śmiertelność matek wynosi mniej więcej 13%, wobec 45% śmiertelności przy pęknięciach macicy wogóle. Odsetek żywo urodzonych dzieci obliczył autor na 31% wobec 8·4% przy pęknięciach macicy wogóle. Leczenie zależnie od przypadku polega na zeszyciu miejsca pękniętego lub wyjęciu całej macicy. Zapobiegawczo należy przy wykonaniu cięcia cesarskiego starać się o dokładne zgojenie doraźne (prima reunio) rany macicznej, nadto należy takim kobietom zwrócić uwagę, aby w ponownej ciąży zgłosiły się przy jej końcu do lekarza lub najlepiej do zakładu porodowego celem nadzoru. Spostrzeżenia kliniczne i badania anatomiczno-histologiczne wykazały, że pierwotnie dobrze zgojona blizna po cięciu cesarskiem jest istotnie bardzo silna i wytrzymała; za tem przemawiają także porody następne, przy których wykonywano różne ciężkie zabiegi rozwiązujące (obroty i i.) bez najmniejszej szkody dla matki, a także przypadki, gdzie pęknięcie macicy wystąpiło obok blizny lub w innem miejscu ściany macicy. W końcu należy dodać, że po cięciach cesarskich szyjkowych, a więc w miejscach, które przy porodzie najbardziej ulegają ścieńczeniu, nie spostrzegano dotychczas ani jednego przypadku następowego pęknięcia macicy. Ehrenpreis.

Obata. **Przyczynek do etyologii atonicznych krwotoków poporodowych.** (Gyn. Runds. 1912, Nr 1). Autor opisuje przypadek krwotoku, powstałego wskutek niedowładu macicy po przerwaniu ciąży w 6. miesiącu. Wskazaniem do przerwania ciąży było przewlekłe zapalenie nerek, białkomocz, obrzęki i obumarcie płodu. Badanie mikroskopowe mięśnia macicy wykazało liczne skrzepy w żyłach głębokich, wewnątrz skrzepów kosmki obrzękłe i pozbawione syncytyum. Mięsień macicy obrzękły, w silniejszym stopniu obrzękła tkanka łączna, niż mięsna. Skrzepy były stare. Ostateczną przyczyną niedowładu było zapalenie nerek. Ono było powodem obrzęku tej części mięśnia, gdzie znajdowało się łożysko, a obrzęk wywołał niedostateczną sprawność włókien mięsnych. Skrzepy ze swej strony utrudniały mechanicznie skurcz włókien, powstały zaś wskutek wtargnięcia pozbawionych syncytyum kosmków do światła żył. Sposób ich dostawania się nie jest dotąd wyświetlony. Ponieważ przewlekłe zapalenie nerek przy obumarłym płodzie było wskazanem do wzniecenia porodu i ono też było powodem krwotoku, należy zdaniem autora w takich przypadkach do przerywania ciąży przystępować ostrożnie, a zaniechać go, o ile niema specyalnych wskazań. A. Markowa.

Hüssy. **Badania nad wpływem surowicy krwi na florę bakteryjną odchodów połogowych u położnic gorączkujących.** (Gyn. Runds. 1912, Nr 2). Badając wpływ surowicy na florę bakteryjną odchodów połogowych w przebiegu gorączki połogowej, stwierdził autor, że w odchodach, które zazwyczaj przedstawiają mieszaninę rozmaitych gatunków zarazków, po dodaniu surowicy jeden rodzaj znikał zupełnie, a mianowicie laseczniki. Pozostałe zaś ziarenkowce wykazywały pod mikroskopem wybitne zmiany zarówno w kształcie jak i ułożeniu. Wszystkie te zarazki traciły własności hemolityczne, co wykazał H. na płycie Schottmüllera. Wreszcie w hodowlach bulionowych pod wpływem surowicy znikało zmętnienie, a pozostawał drobnoziarnisty osad na dnie.

Wszystkie te zmiany w hodowlach są wyrazem obniżania się jadowitości zarazków pod wpływem surowicy. Występują one w różnym stopniu, zależnie od nasilenia owej jadowitości i dlatego, zdaniem autora, mogą do pewnego stopnia być brane w rachubę pod względem prognostycznym, a mianowicie dla oznaczenia swoistej siły zakażenia. W rokowaniu muszą być brane jednocześnie w rachubę preparat drobnowidowy, płytka Schottmüllera i hodowla bulionowa.

A. Markowa.

A. J. M. Lamers. **O paciorkowcach hemolitycznych w wydzielinie pochwowej ciężarnych i położnic.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Liczne badania stwierdziły niewątpliwie, że w rzadkich przypadkach znaleść można w wydzielinie pochwowej ciężarnych paciorkowce hemolityczne (od 3—15%). Autor znalazł je na 21 badanych ciężarnych 2 razy = 10%. O wiele częściej natomiast znaleść je można w odchodach połogowych, bo u $^3/_8$ wszystkich położnic, mimo prawidłowego zresztą przebiegu połogu. Autor znalazł paciorkowce hemolityczne u badanych przez siebie położnic w odchodach połogowych 13 razy. Doświadczenia i rozważania przekonały go, że tak częstego pojawiania się paciorkowców w odchodach połogowych, nie można tłómaczyć rozwojem tych paciorkowców, które już w ciąży znajdowały się w pochwie, ani też tem, jakoby one zostały wniesione do narządu rodnego przy badaniu wewnętrznem w czasie porodu, lub same tam wniknęły z narządu płciowego zewnętrznego, ani wreszcie tem, jakoby drobnoustroje te przeniesione zostały z jednej położnicy na drugą. Należy raczej przyjąć, że paciorkowce niehemolityczne, które już w ciąży znajdowały się w pochwie, wśród korzystnych dla siebie warunków w czasie porodu, a szczególnie połogu, zmieniły się na hemolityczne. Istotnie udało się wykazać u rodzących i położnic paciorkowce słabo hemolityczne, które należało uważać za formy przejściowe. Pod jakim wpływem przemiana ta się odbywa, nie jest jeszcze wyjaśnione. Autor odnosi to do korzystniejszych warunków życiowych, jakie paciorkowce znajdują w wydzielinie połogowej. Wskutek energicznego rozwoju nabywają one dopiero w tych odchodach, zdrowych zresztą położnic własności hemolitycznych. Podobnie można wytłomaczyć także pojawienie się paciorkowców hemolitycznych w wydzielinie pochwowej lub na sromie ciężarnych. Czasowa zmiana kwaśnego podłoża na zasadowe, stwarzając niekiedy tylko przejściowo korzystne warunki dla rozwoju paciorkowców, wywołuje w nich powstanie własności hemolitycznych, które zresztą już w krótkim czasie mogą znowu zniknąć. Taką przemianę paciorkowców hemolitycznych na niehemolityczne wykazał autor niewątpliwie doświadczalnie, przeszczepiając paciorkowce hemolityczne z warunków dla ich życia korzystnych na inne miejsca ciała (skóra grzbietu), gdzie warunków tych nie było. Wszystko to przemawia za tem, że własność hemolizy jest własnością drobnoustrojów tylko nabytą pod wpływem korzystnych warunków rozwojowych, własnością, która może być zresztą przejściową i znika, skoro tylko warunki życiowe staną się niekorzystne. Fakt, że paciorkowce takie, przeszedłszy w okres wybitnej żywotności o własnościach hemolitycznych, nie wywołują ani gorączki, ani żadnych złych następstw dla położnicy, tłomaczy autor tem, że drobnoustroje te, żyjąc w niej i przedtem, przeszły tylko w pewien nowy okres swego życia, stały się żywotne, ale dla swej własnej gospodyni nie chorobotwórcze, że więc położnica przyzwyczaiła się niejako do swych własnych drobnoustrojów. To nie wyłącza oczywiście, że same paciorkowce, przeniesione na inne położnice, mogą u nich wywołać bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne zakażenie. Autor popiera zupełnie teoryę Frommego, według której ciężkie zakażenie połogowe wywołać mogą tylko paciorkowce obce, z zewnątrz wprowadzone, pochodzące z innej chorej, nigdy zaś drobnoustroje własne, choćby nawet wśród korzystnych warunków nabyły własności wybitnie hemolitycznych. Oba rodzaje tych drobnoustrojów są do siebie zupełnie podobne; nie hemoliza je rozróżnia, lecz tylko zachowanie się ich wobec ustroju swych gospodyń lub innych chorych. Niestety nie mamy na razie jeszcze sposobu, mogącego naprowadzić na rozróżnienie paciorkowców hemolitycznych, dla danej osoby obojętnych, od takich, które dla niej są chorobotwórcze.

E. Ehrenpreis.

Doc. Fr. Unterberger. **Śmiertelność połogowa we W. Księstwie Meklemburg.-Schwerin w latach 1886—1909.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Mimo miejscowego znaczenia pracy nasuwają się pewne uwagi ogólne. Obliczenia statystyczne wykazały i tutaj, że w ostatnich latach w miarę coraz pilniejszego przestrzegania przepisów antyseptyki, a przedewszystkiem aseptyki, śmiertelność połogowa w następstwie zakażenia stale się zmniejsza, tak że obecnie nie dochodzi do 50% wszystkich zejść śmiertelnych w połogu. Dla dokładnego obliczenia należy położnice zawsze obserwować 90 dni, a nie, jak to zwykle się dzieje, 4 tygodnie, szczególnie, o ile chodzi o gruźlicę. Zauważono dalej, że śmiertelność połogowa jest większa w zimie, aniżeli w lecie; fakt ten należy tłomaczyć mniejszą czystością warstw biednych w zimie aniżeli w lecie, jakoteż tą okolicznością, że zimowa wełniana odzież położnych łatwiej umożliwia przeniesienie zakażeń, aniżeli letnie suknie, nadające się do częstego prania; nie bez znaczenia są tu także częstsze przeziębienia w jesieni i na wiosnę. Lekkie zapalenia gardła lub grypa są może częściej przyczynami zakażeń połogowych, aniżeli to się zwykle przyjmuje, szczególnie, odkąd w ostatnich latach zwrócono uwagę na ciężkie nawet zakażenia ogólne, których punktem wyjścia były właśnie migdałki. Stosunkowo częste zakażenia połogowe u pierwiastek tłomaczy autor dłuższem u nich trwaniem porodu. Ze względu na możliwość wprowadzenia drobnoustrojów przy badaniu, należy się o ile możność posługiwać także przy wszelkich zabiegach wyjałowionemi rękawiczkami gumowemi.

Autor jest przekonany, że lekarze wogóle często zupełnie niepotrzebnie badają i wprowadzają ręce do narządu rodnego, n. p. celem wyjęcia łożyska, które przy cierpliwem czekaniu lub przez wygniecenie w wielu takich przypadkach samo może odejść. Statystyki wykazują nadto, że lekarze często wprowadzają ręce do macicy celem wyjęcia resztek błon płodowych, które najczęściej same odchodzą w ciągu połogu bez najmniejszej szkody dla położnicy. W końcu przyczyny zakażenia należy nieraz szukać w stosunku płciowym, odbytym krótki czas przed porodem, jakoteż w nieodpowiedniem traktowaniu higieny połogu (zbyt wczesne wstawanie, brudna pościel, dotykanie części rodnych palcami położnicy i otoczenia i i.). Te ostatnie przyczyny mogą wywołać zakażenia, które można uważać jako przypadki samozakażeń w tem znaczeniu, że drobnoustrojów z pewnością nie wprowadziła ani położna ani lekarz, a takie przypadki wcale nie są rzadkie; w materyale autora wynosiły 10% wszystkich przypadków gorączki połogowej.

E. Ehrenpreis.

D. Kuzniecki. **Wycięcie nerki i ciąża.** (Żurnał akuszerstwa i żensk. bol. 1911, grudzień). K. opisuje przypadek, dotyczący 37-letniej chorej, która w szóstym miesiącu ciąży poddała się operacyi wycięcia prawej nerki z powodu kamicy, powikłanej roponerczem. Chora wyzdrowiała, ciąża trwała w dalszym ciągu prawidłowo. Poród nastąpił na czasie, urodziło się zdrowe dziecię, które matka karmiła własną piersią. Po trzech latach odbyła operowana drugi poród również pomyślnie. K. przytacza dane statystyczne Hartmanna i Poussona, na zasadzie których twierdzić można: 1) że ciąża nie stanowi przeciwwskazania dla wycięcia chorej nerki i 2) że po usunięciu jednej nerki mogą kobiety przebywać ciążę nawet kilkakrotnie, nie narażając się przytem na zbyt wielkie niebezpieczeństwo, dopóki oczywiście druga nerka pozostaje zdrową; porody od-

bywają się zwykle prawidłowo i nie wywierają ujemnego wpływu na stan nerki, pozostałej w ustroju.

M. Pietkiewicz.

N. Połubogatow. **Stosowanie surowicy przeciwtryprowej w ginekologii.** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). P. stosował leczenie surowicą Johna Torrey wyrobu Parke-Davisa w 11 przypadkach trypra u kobiet. W 2 przypadkach ostrego trypra wynik leczenia był ujemny. Zadawalające wyniki otrzymano w przypadkach przewlekłego i podostrego wiewióra: w 5 przypadkach stwierdzono zniknięcie dwoinek Neissera i znakomitą poprawę, w 3 wyraźne polepszenie, a w 1 tylko przypadku wynik ujemny.

M. Pietkiewicz.

Zoeppritz. **Leczenie rzucawki metodą Stroganowa.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 8). W przeciwstawieniu do operacyjnej metody leczenia rzucawki porodowej, mającej na celu jaknajszybsze rozwiązanie rodzącej, względnie ciężarnej, poleca Stroganow leczenie zachowawcze. Polega ono na trzymaniu chorych zdala od wszelkich wrażeń przez umieszczenie w ciemnym spokojnym pokoju i stosowanie uśpienia chloroformowego przy najlżejszych zabiegach i leczenia zapomocą wodanu chloralu podług schematu, ułożonego przez S. Morfinę stosuje Stroganow tylko na początku leczenia, prócz tego naparstnicę i ciepłe okłady na okolicę nerek dla podniesienia ich sprawności. Metodę swoją stosował S. w 360 przypadkach. Śmiertelność matek wynosiła 6·6%, dzieci 21·6%. Dobre te wyniki potwierdzają Roth, Kappeler i autor. Znajdują one również wytłomaczenie i potwierdzenie w badaniach Besredki nad nadwrażliwością i wpływem wodanu chloralu na wstrząs anafilaktyczny.

A. Markowa.

Huguenin. **O zawartości tłuszczu w sarkoplasmie gładkich mięśni macicy ciężarnej i połogowej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 8). Na zasadzie badań warstwy mięsnej 3 macic ciężarnych i 1 połogowej, stwierdza autor, że włókna mięsne macicy ciężarnej zawierają w sarkoplasmie tłuszcz w znacznej ilości, nagromadzony w postaci kropelek. Przypuszcza on, że tłuszcz ten stale znajduje się w tej postaci we włóknach również w macicy będącej w spoczynku, a tylko ilość jego w ciąży wzrasta i stanowi materyał zapasowy odżywczy dla mięśnia w czasie porodu. Tłuszczu tego autor nie znajdował nigdy w tkance łącznej. Sądzi, że nagromadzenie się tego tłuszczu w ciąży nie może być uważane za powód zdarzającego się pęknięcia macicy.

A. Markowa.

Schickele. **Zakrzepy a wydzielanie wewnętrzne.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Wbrew autorom, dopatrującym się związku pomiędzy powstawaniem pooperacyjnych zakrzepów a wydzielaniem wewnętrznem jajników, stoi autor na stanowisku, że główną rolę grają tu czynniki mechaniczne, zakrzepy i zakażenie, istniejące już często przed operacyą, rozszerzenie naczyń, jakie widujemy na mięśniakach i torbielach itp. Przeciw ochronnemu wpływowi »antytrombiny«, jaką miałyby wydzielać jajniki i składać ją ewentualnie w mięśniakach, przemawiają doświadczenia, które wykazały, że krzepliwość krwi po wycięciu jajników lub mięśniaków nie ulega zmianie.

A. Markowa.

Traugott. **Technika i znaczenie badania bakteryologicznego wydzieliny macicy w praktyce.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Badanie bakteryologiczne wydzieliny macicy ma ważne znaczenie rozpoznawcze, szczególniej tam, gdzie chodzi o odróżnienie zakażenia połogowego od innych cierpień, mogących przebiegać w połogu z podwyższeniem ciepłoty. Wynik takiego badania jest dalej bardzo ważny dla rokowania i leczenia, szczególniej, gdy chodzi o stwierdzenie, czy mamy do czynienia z saprofitami, czy też z paciorkowcami. Pierwsze pozwalają rokować dobrze i leczyć czynnie, obecność paciorkowca każe rokować ostrożniej i leczyć zachowawczo. Wreszcie badanie to może być wyzyskane dla zapobieżenia zakażeniu zdrowych położnic. Wydzielinę należy brać zawsze z jamy macicy, nie przedstawia to dla chorych żadnego niebezpieczeństwa.

A Markowa.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Zatrucie benzyną u oseska, po użyciu jej zewnętrznem do odlepiania przylepców po nacięciach czyraków, spostrzegał Friediger. Objawy: drgawki, podniesienie ciepłoty, wymioty krwawo-śluzowe, nieregularna a szybka akcya serca, zaburzenia oddechu itp. (Münch. med. Woch Nr 5). A.

Próba cukrowa Trommera może dać wynik dodatni, jeżeli najpierw do moczu dajemy siarkan miedzi, a potem ług. Prócz tego może podług Schulza redukcya nas zmylić, gdy mocz gotuje się długo. Lepiej też używać roztczynu Fehlinga albo Hainesa. Skład tego drugiego: »Cupr. sulf. 2,0, solve in aqu. dest. 15,0, adde glycerini 15,0, 5% natr. hydrot. 150,0«. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Krwawnice nieoperacyjnie leczy Boas w ten sposób, że ściąga je ssawkami poza odbyt, wywołując ich uwięźnięcie, a przez to z czasem zanik. Dawniej przy uwięźnięciu krwawnic z obawy zgorzeli zaraz odprowadzano guzy, Boas zaś zużytkowuje to uwięźnięcie do leczenia. Zwykle w 3—5 dni sprawa się kończy pomyślnie, a wyniki, zwłaszcza co do nawrotów, mogą być nie gorsze od operacyjnych. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Tymol-spirytus (1%) zaleca gorąco Hoffmann do odkażania skóry przed operacyami. Działać on ma tak dobrze, jak jodyna, a nie ma zupełnie jej wad. (Beitr. z. klin. Chir. 76. II). A.

Mydło „Afrodol" z rtęcią zaleca Görl do golenia przy liszaju wyłysiającym, dalej w licznych cierpieniach skóry, jak pityriasis versicolor, impetigo contagiosa, acne itp. (Tow. lek. Norymberga 1911, X). A.

Do potu przechodzą podług Tachana następujące leki: jod, brom, bor, fenol, salicyl, salol, antypiryna i błękit metylowy. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 66). A.

Przy leczeniu uporczywych krwawień (krwawiączka, krwawienia przy żółtaczce, skazy krwotoczne itp.) zaleca John wstrzykiwania krwi odwłóknionej w ilości 30—40 cm^3 w pośladki lub podskórnie. Ewentualnie powtarza się te wstrzykiwania co 2—3 dni. O pomyślnych wynikach tego leczenia przy złośliwej niedokrwistości donosi Esch. (Münch. med. Woch. Nr 4). A.

Przy zaniku wiądowym nerwu wzrokowego zaleca Goebel miesienie oka zapomocą ssawki, w którą wciąga się gałkę izochronicznie z kurczem serca. (Zeitschr. f. Augenheil. 3. XXVI). A.

Chirosoter (tj. powłoczka na ręce), polecany też w chirurgii do ochrony rąk, okazał się bardzo cennym dla robotników w fabryce drzew satynowych, cierpiących na uporczywe wypryski, powstałe wskutek działania tego drzewa. A.

W róży zaleca Van Velzen co godzinę zmieniane miejsca smarować płynem: »Rp. Acid. carbol. liquef 1,0, ol. cerebrat. 30,0«. W przypadkach ciężkich niezłe usługi oddają okłady z alkoholu absolutnego i dwa razy dziennie 1,0 kollargolu w lewatywie. (Münch. med. Woch. Nr 6). K.

Zaburzenia ruchowe żołądka można podług Holzknechta odróżnić łatwo z pomocą promieni Röntgena. Przy zwężeniu odźwiernika woda zostaje wydalona zwolna, a przy kurczu w prawidłowym czasie, tj. w 60—70 minut. Szyb-

kość wydalania stwierdzamy przez prześwietlanie żołądka po podaniu kapsułek bizmutowych. (Münch. med. Woch. Nr 7). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 26. XI. 1911.

Obecnych 28 członków i 2 gości.

Kol. Wygodski wygłasza referat: **Poronienie sztuczne z punktu widzenia lekarskiego i społecznego.**

Sztuczne przerwanie ciąży, gdy płód jeszcze nie jest zdolny do samoistnego życia, wykonywano już oddawna. Świat starożytny nie znał, co to poronienie nieprawne.

Taki pogląd świata starożytnego zupełnie zgadzał się z tezą stoików i innych greckich i rzymskich filozofów, że »foetus non animal est, sed pars ventris«. Były, co prawda, zawsze protesty pojedyncze; Galenus n. p. mówi: »An animal sit, quod in utero est?« Z biegiem czasu pogląd przeciwny spędzaniu płodu wraz z podniesieniem poziomu etycznego zaczął zdobywać coraz to więcej zwolenników, i już wieki średnie piętnują poronienie sztuczne jako zabójstwo. Bezwątpienia nie ustało przez to wykonywanie poronienia, ponieważ nie przestały istnieć warunki życiowe, nieubłaganie zmuszające do przerwania ciąży. Dopiero William Cooper w połowie XVIII. wieku otwarcie wystąpił z żądaniem uprawnienia operacyi sztucznego poronienia w tych przypadkach, gdzie przewidzieć można, że ku końcowi ciąży zajdzie potrzeba wykonania cięcia cesarskiego, — operacyi, która podówczas dawała wyniki zastraszające. Żądaniu temu stało się w Anglii zadość; w 40 lat potem nastąpiło to i we Francyi, a dopiero w początku XIX. wieku w Niemczech. Obecnie prawo uznaje wzniecenie poronienia, gdy chodzi o ratowanie życia matki; przekroczenie tych ram jest bardzo surowo karane. Mimo to operacya taka oddawna już wymyka się po za te ciasne ramy, w jakie ją usiłowała wtłoczyć martwa litera prawa. Życie, warunki społeczne i ekonomiczne nieraz nieubłaganie żądają wzniecenia poronienia pomimo wszystko, i obecnie bezwątpienia o wiele częściej wznieca się poronienie t. zw. nielegalne, niż legalne. Musiały istnieć warunki, żeby szerokie warstwy kobiet kruszyły wszelkie przeszkody, jakie im tu stawią religia, etyka, instynkt macierzyński, surowe prawo, wreszcie strach narażenia zdrowia, a częstokroć życia Kobiety, z różnych pobudek szukające ratunku w poronieniu, dzieli prelegent na 7 kategoryi. Do pierwszej należą panny; tu nieubłagane obyczaje, opinia światowa, zwłaszcza w warstwach wyższych, — stawiają alternatywę — poronienie albo samobójstwo. W warstwach niższych, zwłaszcza śród ludu wiejskiego, położenie ciężarnej dziewczyny nieco lżejsze, może dlatego, że lud w braku środków do wzniecenia poronienia musi się godzić z faktem istnienia po wsiach znacznej liczby nieślubnych matek. Wśród robotnic fabryk opinia moralna gra rolę podrzędną; w tem środowisku życie »na wiarę« jest bardzo rozpowszechnione, zato tu właśnie najwyraźniej występuje pobudka ekonomiczna. Drugą kategoryę stanowią mężatki, których ciąża mogłaby służyć za dowód zdrady małżeńskiej; do tej kategoryi należą wdowy i rozwódki, dbające o dobrą opinię. Dalej idą kobiety, nie pierwiastki, które strach przed doznanymi już bólami porodowymi skłania do poronienia. Czwartą grupę tworzą wyrobnice i żony robotników; najgłówniejszą tu rolę odgrywa pobudka ekonomiczna, przyjście na świat dziecka wywołuje przymusową przerwę w pracy i może zachwiać równowagę budżetu. Znanym jest faktem, że im kulturalniejsza jest warstwa robotnicza, tem mniej ma dzieci; im mniej zaś kultury, im bardziej szerzy się wśród niej pijaństwo, tem mniej umie zastosować się ona pod względem liczby dzieci do swych zarobków. To też ciemny proletaryat jest zwykle obarczony dziećmi nadmiernie; ponowna ciąża w takich warunkach wywołuje obawę bezrobocia i widmo głodu; jedyne więc wyjście — pozbyć się ciąży. Następną grupę tworzy burżuazya i t. zw. inteligentny proletaryat; tu prawie wyłącznie pobudki ekonomiczne, — drożyzna w miastach, kosztowne wychowanie dzieci, — skłaniają do przerwania ciąży. Szósta grupa, plutokracya; kobiety z tej sfery są zazwyczaj wydelikacone, już sama myśl o bólu porodowym przejmuje je strachem; poza tem — obawa utraty piękności, skrępowanie, jakie wkłada na kobietę światową ciąża i obowiązek matki, i t. d. popędzają do spędzenia płodu. Ostatnia wreszcie kategorya kobiet bardzo zbliża się do tych, gdzie poronienie wznieca się na podstawie wskazań określonych przez prawo; pobudką jest tu obawa przekazania potomstwu chorób nieuleczalnych; czytały lub słyszały one, że gruźlica, rak, choroby nerwowe i umysłowe, kiła i t. d. są dziedziczne; obawa ta graniczy często z maniactwem. Zdaniem prelegenta dwa czynniki niewątpliwie wpłynęły na nadzwyczajne ostatnimi czasy zwiększenie się ilości poronień nieprawnych: wydoskonalona technika poronień i stosowanie aseptyki znakomicie zmniejszyły ryzyko, na jakie dawniej narażała się kobieta; ciemnego felczera lub babkę wyparła akuszerka wykwalifikowana, a z nią rywalizuje z wielkiem powodzeniem lekarz; do tej, żeby tak powiedzieć, demokratyzacyi poronień przyczyniło się w mierze niemałej obniżenie zapłaty, pobieranej za zabieg (cena w Wilnie obecnie spadła do 10 rubli).

Niegdyś odróżniano tak zw. lekarzy »czystych« od »nieczystych«, zależnie od tego, czy wykonywali oni poronienia »konieczne« z punktu widzenia prawnego i naukowego, czy też nie. Obecnie wytworzyła się cała grupa lekarzy, która wyrównała ową przepaść, dzielącą »czystych« lekarzy od »nieczystych«. Grupa owa nie wykonywa poronień nieprawnych w ścisłem słowa tego znaczeniu, lecz wskazania do poronienia są u nich nader rozciągłe. Ta tendencya rozszerzenia wskazań zapanowała obecnie i w literaturze, zwłaszcza w ostatniem dziesięcioleciu. Prelegent zaznacza, że wszystkie dotychczasowe sposoby walki z poronieniem nieprawnem chybiły celu.

Wtedy tylko ustanie owa »pandemia« poronień nieprawnych, gdy państwa i społeczeństwa wspólnie dopomogą rodzinie, biorąc udział przynajmniej w większej części wydatków, połączonych z wychowaniem i kształceniem dzieci, lub też całkowicie zdejmując ten ciężar z barków rodziny.

Co się tyczy rozszerzenia wskazań do wykonania poronienia, prelegent jest tego zdania, że należy uznać tak zw. wskazania socyalne, lecz tylko u kobiet chorych, objaśniając swe stanowisko następującym przykładem: Co za korzyść osiągnie biedna wyrobnica, chora na gruźlicę płuc, jeżeli lekarz odmówi jej wzniecenia poronienia, ponieważ w dobrych higienicznych warunkach ciąża i połóg przejdą bez szkody dla zdrowia; w danym przypadku odmówić, jest to rozmyślnie skazać chorą jeżeli nie na śmierć, to co najmniej na długotrwałe pogorszenie sprawy gruźliczej. Omówiwszy obszernie wszystkie wskazania do wykonania poronienia, autor streszcza swe poglądy w następujących zdaniach: 1) Do poronienia sztucznego i środków zapobiegających ciąży pchają kobietę siła popędu płciowego i siła tych warunków życiowych, które bezwzględnie wymagają ograniczenia porodów. 2) Znacznego zmniejszenia ilości poronień nieprawnych można spodziewać się wtedy, gdy zostaną wprowadzone w życie rozległe reformy społeczne. 3) Lekarze nic nie mogą pomódz w walce z szerzącem się coraz bardziej poronieniem sztucznem; przeciwnie, coraz to zwiększa się zastęp lekarzy, godzących się pod tym względem na różne kompromisy i z wyżyn bezwzględnej moralnej zasady coraz to niżej schodzących aż do zupełnego zetknięcia się z zawodowymi spędzaczami płodu. 4) O ile

neomaltuzyanizm dąży do ograniczenia ilości poronień nieprawnych, należy go rozpowszechniać. 5) Rozstrzygając sprawę wskazań do wykonania poronienia należy oprócz względów ustalonych przez naukę i prawo brać w rachubę warunki socyalne chorej. 6) W gruźlicy i organicznych wadach serca jest ciąża powikłaniem nader niebezpiecznem, zwłaszcza wśród ubogiej ludności; wobec tego, że prawie niemożliwem jest w poszczególnych przypadkach rozwiązanie pytania, czy ciąża i połóg nie zagrożą zdrowiu i życiu chorej, należy tu wskazania do przerwania ciąży znacznie rozszerzyć. 7) Przewlekłe zapalenie nerek i zapalenie nerek u ciężarnych, leczone w czasie właściwym, rzadko wymagają przerwania ciąży; wobec tego należy zaznajomić szeroki ogół z niebezpieczeństwem, jakie wywołać może zapalenie nerek. Choroby nerwowe i umysłowe bardzo rzadko zmuszają do wykonania poronienia.

Dyskusya: Dr Kraińskij nie podziela zdania prelegenta co do moralnej strony; w podobnych przypadkach strona moralna jest dwulicową, należy przeto odrzucić ją zupełnie. Największej wagi wskazaniem do wykonania poronienia oprócz życia matki jest wskazanie, wypływające z warunków życiowych — socyalne. Jeżeli zaś mówić o tem, kto popełnia czyn niemoralny, to należy bezwarunkowo potępić ową przewrotną dwulicową opinię i obyczaje, które popychają nieszczęśliwą ofiarę owej opinii do samobójstwa lub rozpaczliwych, często połączonych z narażeniem zdrowia i życia wysiłków pozbycia się ciąży. Jest nader rozpowszechniony pewien dziwoląg: słyszy się nawet od osób kompetentnych, lekarzy, że pannę bardzo nerwową, a nawet umysłowo chorą, należy w celu uzdrowienia czemprędzej wydać za mąż, i zdarza się to nieraz. Z moralnego punktu widzenia kobieta taka nie ma prawa wychodzić zamąż i być matką; zmuszać istotę chorą umysłowo, zwyrodniałą, do macierzyństwa, to rzecz niesłychanie oburzająca. Wiemy doskonale, że choroby umysłowe, kiła, alkoholizm, gruźlica, są to czynniki, wiodące do zwyrodnienia; ze względów moralnych należy w podobnych przypadkach stosować przerwanie ciąży. Zwyrodniałe potomstwo w społeczeństwie jest kulą u nogi; przecież nawet w hodowli bydła i koni dbamy o dobry dobór; każda jednostka ludzka powinna być zdrową fizycznie i duchowo i wytrwałą.

Dr Kan podkreśla, że dotychczas sprawa zapobiegania ciąży nie została rozstrzygnięta kategorycznie; kobieta ma prawo rozporządzać sobą i na własne żądanie może otrzymać do rąk środek, chroniący ją od ciąży.

W odpowiedzi Dr Wygodski zaznacza, że nie może stanowczo zgodzić się z poglądem Dra Krainskiego. Sprawy rozumnego wychowania dzieci nie można traktować, jak prawidła hodowli bydła lub koni. Moralnej strony w danem zagadnieniu odrzucić nie można. Poronienie sztuczne jest w gruncie rzeczy zabójstwem i jako takie tolerowane jest w tych przypadkach, gdy chodzi o życie matki. Poziomu obyczajów, który ludzkość wypielęgnowała przez wieki całe, poziomu tego, czem się szczyci cała nasza nauka, naszego dorobku moralnego, nie możemy obniżać.

Posiedzenie doroczne sprawozdawcze z dnia 12/25 XII 1911.

W r. 1911 Towarzystwo lekarskie Wileńskie liczyło 236 członków, w liczbie tej członków honorowych w Królestwie P., na Litwie i Rusi, oraz w Cesarstwie ros. 16, zagranicą 30; rzeczywistych, 106 korespondentów 82.

W ciągu roku zmarli członkowie: honorowi: Jan Wyzgo, Teodor Henrich; rzeczywiści: Lucyan Adamowicz, Michał Wygodzki, Abraham Szlezinger; korespondenci: Paweł Sawicki i Stella-Sawicki.

Obrani zostali na członków honorowych: Wrzosek Adam (Galicya), Serkowski Stanisław (Warszawa).

Odbyło się ogółem 10 posiedzeń zwyczajnych, 2 nadzwyczajne i 1 doroczne. Wykładów wygłoszono 16, pokazów było 10.

Nagrodę im. prof. Moczutkowskiego za rok 1909 otrzymał Dr Krainskij za pracę (najlepszy wykład w ciągu roku, zgodnie z wolą testatora) »O zniekształtnieniach żywego ustroju z punktu widzenia teoryi energii formy«. Nagrodę tę za rok 1910 przyznano Dr Bolesławowi Potopowiczowi za pracę »Z powodu błonicy i krupu w miejskim szpitalu dziecięcym« i Dr Gierszunowi za »Wyniki stosowania salwarsanu«.

Prezes Dr Wojnicz, kierownik pracowni chemiczno-bakteryologicznej Towarzystwa lekarskiego, pokrótce przedstawił historyę 25-letniej działalności pracowni. Powstała ona wtedy, kiedy pracownie podobne w Królestwie i całem państwie rosyjskiem można było zliczyć na palcach; korzystano z niej nietylko w celach klinicznych, lecz także sanitarnych i chemiko-technicznych; korzystały z niej nietylko Litwa i Białoruś, lecz i gubernie rosyjskie, a nawet zakątki Syberyi i Kaukazu. W ciągu 25-lecia wykonano przeszło 33.000 badań, w tem 6000 rozbiorów bezpłatnych.

Powstanie tej placówki nauki i pracy zawdzięczamy niestrudzonemu kierownikowi jej Dr Wojniczowi. W laboratoryum jego pracowało wielu słuchaczy medycyny i lekarzy; z nich niektórzy obecnie są profesorami na wszechnicach. Pracownia, a właściwie jej kierownik, wiele przyczynili się do poznania warunków higienicznych w Wilnie. Dr Wojnicz położył znakomite zasługi dla Wilna przez swe badania wody i produktów spożywczych, a i dotychczas pracuje niezmordowanie w tym kierunku, jako zarządzający miejską stacyą sanitarno-higieniczną. Toteż huczne oklaski i wyrazy uznania były odpowiedzią na mowę Dra Wojnicza, który w swym zarysie działalności pracowni Towarzystwa lekarskiego skromnie przemilczał o swych zasługach i olbrzymiej pracy.

W końcu odczytano sprawozdanie kasowe i biblioteki oraz protokół komisyi rewizyjnej; poczem obrano na rok 1912 następujący Zarząd Towarzystwa: Prezes Dr. Wojnicz, wiceprezes Dr Kotran, sekretarz I. Dr Safarewicz, sekretarz II. Dr Jabłonowski, bibliotekarz Dr Łukowski, kasyer Dr Bloch, kierownik pracowni Dr Wojnicz.

A. Safarewicz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 20. grudnia 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonnenberg.

1) Kol. Goldberg pokazał kobietę, u której dokonał **usunięcia wola.**

2) Odczyt kolegów: Pańskiego i Goldmana p. t.: **Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych.** W odczycie wspomniano, że przypadków operowanych nowotworów rdzenia lub jego opon ogłoszono około 125. Rozpoznanie przedstawia znaczne trudności.

Do utrwalenia danych, zarówno w kierunku rozpoznania, jak i usadowienia, przyczyniają się operowane przypadki. Chora, 19 lat, przyjęta na oddział 12/V 1911 r. Zwiastunem cierpienia były parestezye na kończynach dolnych, osłabienia kończyn prawych, potem lewych; w trzecim roku choroby bezwład zupełny k. d. l., porażenie k. d. p., osłabienie kończyn górnych znaczniejsze w k. l.; wybitne zaburzenia pęcherza i odbytnicy; bole w karku i między łopatkami. Wzmożenia odruchów ścięgnowych, stopopląs, obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima. Po wyłączeniu zapalenia rdzenia, jamistości rdzenia, zapalenia ograniczonego opon, stwardnienia rozsianego, zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu nowotworu opon rdzeniowych. Oznaczywszy na zasadzie zaburzeń czuciowych, ruchowych i odruchowych górną granicę nowotworu na wysokości V. i VI. kręgów szyjnych, postanowiliśmy wyciąć łuki ostatnich trzech kręgów szyjnych. Laminektomię wykonał kol. A. Goldman 17 maja. Operacya potwierdziła zarówno rozpoznanie, jak i oznaczenie siedziby nowotworu, który okazał się

mięsakiem limfatycznym. (Badania mikroskopowe wykonał kol. Lange). Po wyłuszczeniu nowotworu, chora zmarła. Najprawdopodobniejszą przyczyną śmierci było uśpienie chloroformowe (Goldman), które chora źle znosiła.

(Streszcz. własne).

W dyskusyi wzięli udział: kol. Goldberg, Szwarcwaser i prelegenci.

3) Kol. Goldberg przedstawił preparat **resekowanego żołądka.**

4) Kol. Goldman przedstawił preparat **nerki** (ren lobatus), usuniętej z przyczyny **roponercza.**

Sprawozdanie Sekretarzy z działalności Towarzystwa za r. 1911.

Skład osobisty Towarzystwa: Dnia 31 grudnia 1911 roku Towarzystwo liczyło 100 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: Prezes kol Krusche, wiceprezes kol. Sterling, skarbnik kol. Trenkner (3 ostatnie miesiące zastępował kol. Rueger), bibliotekarz I. kol. Prechner, bibliotekarz II. kol. Wacław Jasiński (w pierwszej połowie roku sprawozd.) i kol. Goldberg (w drugiej połowie roku sprawozd.).

Komitety stałe: a) biblioteczny, koledzy: M. Cohn, Goldman i Trenkner; b) komisya rewizyjna: koledzy Wisłocki (w pierwszem półroczu), Litauer i Pański.

Sąd honorowy przy Towarzystwie stanowili: 1) Członkowie sądu: koledzy K. Jasiński, Grabowski, Józef Michalski, Pieniążek; 2) członek-zastępca: kol. Sonnenberg.

Komitety czasowe: Komisya, wybrana w r. 1910 w celu obmyślenia projektu i opracowania szczegółów obchodu jubileuszowego Towarzystwa, czynna była do czerwca roku sprawozdawczego.

W roku sprawozdawczym poniosło Towarzystwo straty przez śmierć kolegów: Ludwika Przedborskiego, jednego z najczynniejszych członków naszej instytucyi, człowieka o silnie zaznaczonej indywidualności i o głębokiem poczuciu obowiązków społecznych, oraz Jana Ginsburga. Nad grobem kol. Przedborskiego w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Skalski, a na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 21 czerwca r. u. kol. Grabowski w dłuższem przemówieniu, poświęconem działalności zmarłego, podkreślił żywy udział b. p. kol. Przedborskiego w życiu społeczno-lekarskiem, jego szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego, oraz zasługi jego w piśmiennictwie naukowo-lekarskiem.

W roku 1911 przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Łaniewskiego, Garlicką i Lewinsona. Z Towarzystwa wystąpił kol. Wisłocki.

Wykreślono z grona członków Towarzystwa na podstawie wyroku sądu stałego przy Towarzystwie L. Klaczkina za jaskrawe reklamowanie się w prasie codziennej Sąd stały przy Towarzystwie w roku sprawozdawczym rozpatrywał 4 sprawy.

Zarząd Towarzystwa odbył 8 posiedzeń. Na posiedzeniach Zarządu omawiano sprawy, rozpatrywane następnie, o czem niżej, na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa. Zarząd odbył 4 posiedzenia wspólnie z Komitetem organizacyjnym obchodu jubileuszowego.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 15; dłuższych omówień przypadków kazuistycznych, metod rozpoznawczych i t. d, 3. Pod względem treści odczyty dzielą się na odczyty z dziedziny: I. chorób wewnętrznych (kol. Sterling) 1) »O poglądach Hucharda na choroby serca«; II. chorób dzieci (kol. S. Kramsztyk z Kołobrzega) 2) »O zaburzeniach w odżywianiu niemowląt w świetle poglądów najnowszych« 3) (kol. Czaplicki): »O ropnem zapaleniu opłucnej u dzieci«; III. chorób żołądka i jelit (kol. Maybaum) 4) »O rektoskopii, jej znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem»; IV. położnictwa i chorób kobiecych (kol. Kaufman) 5) »O samozatruciu w przebiegu ciąży«; V. chorób wenerycznych i skóry (kol. Golc) 6) »O salwarsanie przy kile«; VI. lecznictwa (kol. Sterling) 7) »O sztucznej odmie piersiowej«; VII. chirurgii (kol. Goldberg) 8) »Sprawozdanie z 250 znieczuleń lędźwiowych, dokonanych w szpitalu św. Aleksandra«; VIII. dyagnostyki (kol. Rozenblatówna) 9) »O anafilaksyi w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej«; (kol. Tomaszewski) 10) »O obecnym stanie dyagnostyki czynnościowej nerek«; IX. z pogranicza chemii i farmakologii (kol. Sterling) 11) »O katalizie«; X. z dziedziny farmakologii (koledzy Mogilnicki i Gundzach) 12) »O elektrargolu w płonicy«; XI. bakteryologii (kol. M. Silberstrom) 13) »O anafilaksyi, jej stosunku do odporności i znaczeniu w patologii"; XII. chorób nerwowych (kol. Goldman i Pański) 14) »Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych«; XIII. higieny społecznej (kol. Trenkner) 15) »O stanie szpitalnictwa w Łodzi«.

Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 28. I. Z dziedziny chirurgii 13 (koledzy A. Cohn, Goldberg, Goldman, Tereszkowicz). II. Z dziedziny chorób wenerycznych i skóry 7 (kol. Golc, Abratin, Grosglik). III. Z dziedziny chorób gardła i nosa 1 (kol. Helman). IV. Z zakresu chorób wewnętrznych 1 (kol. Sterling). Przedstawieni chorzy ze szpitali: Poznańskich, Aleksandra i Anny Maryi.

Z dłuższych omówień przypadków kazuistycznych i metod rozpoznawczych wymienić należy: 1) Kol. Krusche: Omówienie przypadku z własnej praktyki, oraz 2 przypadków podobnych z literatury — usunięcia wyrostka robaczkowego przy rozpoczynającym się porodzie i o roli sieci w podobnych przypadkach. 2) Kol. Sonnenberg: Szczegółowe omówienie techniki uwidocznienia drobnoustrojów według pierwowzoru Burriego. 3) Kol. Justman: Wrażenia z 28. Zjazdu dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie.

Preparatów anatomo-patologicznych, mikroskopowych, rentgenogramów i t. d. przedstawiono 26 (kol. Goldberg, Goldman, Krusche, Sang, Sonnenberg, Sterling i Tomaszewski).

W Sekcyi pedyatrycznej w r. 1911 było 9 posiedzeń: 4 odczytowe i 5 klinicznych. Wygłoszono następujące odczyty: kol. Schönaich: 1) O współczesnem występowaniu zapalenia nerek i gruczołów w przebiegu płonicy. 2) O nowych poglądach na powstawanie i przebieg płonicy. 3) Schematyczne przedstawienie karmienia niemowląt. Kol. Czaplicki: »O własnościach leczniczych sublimatu«. Na 5 posiedzeniach klinicznych w szpitalu Anny-Maryi przedstawiono 24 przypadki oraz 13 preparatów anatomopatologicznych.

Sekcya neurologiczna w r. 1911 odbyła 6 posiedzeń, na których pokazywano przypadki z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych, jak również preparaty anatomo-patologiczne. Z wymienionych posiedzeń 3 odbyły się w Kochanówce. Poza tem, za przykładem roku zeszłego jedno posiedzenie poświęcone było referatowi, tym razem referatowi »O tłómaczeniu snów według Freuda«. Sekretarz sekcyi, kol. Klozenberg, stwierdza liczny udział w posiedzeniach sekcyi kolegów, mających inne specyalności.

Większa w roku sprawozdawczym frekwencya członków i gości, przybywających na posiedzenia Towarzystwa, udział w dyskusyi, świadczą o znacznem zainteresowaniu się sprawami naukowemi, oraz o tem, że instytucya, jak nasza, która pociąga do wspólnej pracy stu przeszło stowarzyszonych, staje się coraz bardziej zbiorową potrzebą ogółu lekarzy.

Dyskusye nad odczytami i pokazami były wogóle ożywione; niektóre stanowiły nawet uzupełnienia wygłaszanych przez prelegentów referatów. Z dłuższych przemówień w dyskusyach zaznaczyć należy: kol. Sterlinga: 1) W sprawie projektowanych reform w szpitalnictwie łódzkiem (w dysk. nad odcz. »O stanie szpitalnictwa w Łodzi«), 2) O podstawach teoretycznych działania leczniczego metali koloidalnych (dysk. nad odcz. »O elektrargolu«). Kol. Sonenberga: 1) O metodzie Albarrana z polyuryą doświadczalną (w dysk. nad odcz. »O obecnym stanie dyagno-

styki czynnościowej nerek«); 2) O podstawach chemoterapii (w dysk. nad odcz. »O salwarsanie«); 3) O etyologii świerzbiączki wobec nowoczesnych poglądów nauki o odporności (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Szwarcwasera: O dwóch teoryach Friedbergera histogenetycznej i humoralnej (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Birencweiga: O zmianach anatomo-patologicznych w przypadkach śmiertelnych wstrząsu anafilaktycznego (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Goldmana: W sprawie zapalenia ropnego opłucnej u dzieci (w dysk. nad odcz. »O zapaleniu ropnem opłucnej«).

Z działalności Towarzarzystwa wychodzącej poza zakres wzajemnego komunikowania sobie spostrzeżeń naukowych, podnieść należy:

1. Interwencyę Towarzystwa, z inicyatywy Zarządu, w sprawie strajku w aptekach łódzkich i związanego z bezrobociem anormalnego stanu w aptekach. Wdanie się naszego Towarzystwa w tę sprawę w znacznej mierze przyczyniło się do zakończenia bezrobocia.

2. Udział naszego Towarzystwa w obchodzie 50. rocznicy istnienia »Przeglądu lekarskiego«, oraz w Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, przez reprezentowanie Towarzystwa, zarówno w obchodzie jubileuszowym, jak i na Zjeździe, przez kol. Sterlinga i przez wysłanie telegramów gratulacyjnych w dniu 17 i 18 lipca.

3. Mianowanie z okazyi 50-lecia »Przegl. lekars.« Prof. S. Ciechanowskiego, głównego redaktora »Przeglądu lek.«, członkiem honorowym, w uznaniu jego działalności naukowej i zasług na polu piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

4. Wysłanie telegraficzne życzeń z okazyi 50-lecia Towarzystwa lekarzy rosyjskich w Moskwie.

5. Rozpatrzenie podania, podpisanego przez 10 kolegów, w sprawie przeciwdziałania jaskrawej reklamie niektórych członków Towarzystwa i zadecydowanie wykonania uchwały, objętej artykułem 7 »Opinii Towarz. lek. w sprawie ogłoszeń lekarzy«.

6. Wniesienie pod rozpatrzenie Towarzystwa i bliższe zajęcie się projektem kol. Rutkowskiego w sprawie utworzenia w Towarzystwie Kółka antropologicznego w celu przeprowadzenia pomiarów ludności.

7. Bliższe zajęcie się projektem kol. Skalskiego, popartego przez kilku innych kolegów, dotyczącego podjęcia przez Towarzystwo sprawy uzdrowotnienia mieszkań dla ubogiej ludności przez przeciwdziałanie urządzaniu mieszkań w suterenach i poczynienie odpowiednich kroków u władz.

8. Podział pracy (pomiędzy członków Towarzystwa), mającej na celu wykonanie szeregu uchwał I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

9. Wysłanie telegramu gratulacyjnego do Towarzystwa lekarsk. Charkowskiego na otwarcie kursów lekarskich dla kobiet.

10. Przeczytanie odezwy Zarządu Tow. lekarzy rosyjskich im. Pirogowa w sprawie zbierania składek na rzecz instytucyi tego imienia.

11. Zebranie przez sekretarzy Towarzystwa szczegółów przebiegu uroczystości jubileuszowych Towarzystwa i wydrukowanie ich w Pamiętniku Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

12. Ofiarowanie przez prezesa kol. Kruschego, z okazyi 25-lecia Towarzystwa, Rb. 150 na rzecz tej instytucyi.

Rok 1911 rozpoczął się pod znakiem jubileuszu naszego Towarzystwa. W roku tym zamknął się okres ćwierćwiekowego istnienia tej instytucyi. Jeśli postanowiliśmy obchodem 25-lecia zaprzątnąć szerszą uwagę, uczyniliśmy to dlatego, że pragnęliśmy wpatrzeć się w przeszłość minioną, nawiązać nić z latami ubiegłemi, rzeczowo ocenić plon naszych zabiegów i jednocześnie pragnęliśmy uczcić idcę, symbol zjednoczenia na drodze pracy, która przetrwała lat 25.

Dzieje tej przeszłości omówili na uroczystości jubileuszowej uproszeni przez Towarzystwo koledzy: Koliński i Pinkus. Z rozproszonego materyału źródłowego, wsparci na cyfrach, przez ugrupowanie spostrzeganych faktów, dali oni w najogólniejszych zarysach krótki całokształt tego okresu, dali obraz wierny, który budził nietylko zaciekawienie, gdyż przywracał nam pamięć o rzeczach minionych, lecz i pouczał o tem, co przez ćwierć wieku cechowało dążenia naszego Towarzystwa. A od odtwarzanych chwil przeszłości biegło do nas przeświadczenie, że wszystko, co zaprzątało umysły lekarzy u nas i zagranicą, znajdowało żywy zawsze oddźwięk i w naszem Towarzystwie i było przedmiotem odczytów i wspólnych rozważań; że nie zamykaliśmy się jednakże w szranki wyłączności, że imię naszej instytucyi wiązało się z wieloma poważnymi objawami pracy obywatelskiej, że nie brakło tu wystąpień i w sprawach społecznych, a nadewszystko, kiedy patrzyliśmy poza siebie, widzieliśmy, że pracę naszego Towarzystwa, jak również i tych, którzy stali u steru naszej instytucyi, cechowała zawsze: świadomość zadań i obowiązków.

W mowach znów uroczystych przez usta delegatów uwydatniono i podnoszono inne cechy naszego Towarzystwa, jak wytrwałość i energię i podkreślono, że w granicach naszego bytu zrobiliśmy i robimy więcej, niż warunki tego bytu czynić pozwalają...

Jubileusz obchodziło nasze Towarzystwo poważnym czynem naukowym, bo Zjazdem w Łodzi lekarzy prowincyonalnych, który zeszedł się z obchodem uroczystości jubileuszowych (w d. 3 i 4 czerwca 1911). Prócz tego z okazyi 25-lecia Towarzystwo mianowało członkami honorowymi tych żyjących członków naszego Towarzystwa, którzy przed 25 laty tak dobrze ocenili potrzebę zrzeszania się i za staraniem których położono podwalinę pod instytucyę. Dalej złożyliśmy w ten sam sposób dowody wdzięczności i uznania tym z naszych lekarzy, którzy — zdaniem naszem — wyróżniali się swą działalnością naukową lub zasługami na polu dydaktycznem.

Udział gości w obchodzie jubileuszowym naszego Towarzystwa był niezwykle liczny, uczestniczyli w nim bowiem lekarze z całego obszaru ziem polskich. Wśród gości naszych widzieliśmy bardzo wielu, którzy chlubnie zapisali swe imiona w dziejach nauki polskiej. Obecność tych tak licznych a tak dostojnych gości nie była tylko dowodem kurtuazyi i przychylności, lecz wskazywała, jaką wagę nasz świat lekarski przywiązywał do spraw naszego Towarzystwa, oraz świadczyła, że chodzi tu o sprawę niemałej doniosłości, gdyż o rozwój i rozkwit instytucyi, przechowującej kult dla nauki rodzimej i przez to współdziałającej dobru społeczeństwa. Dzięki temu licznemu udziałowi obchód jubileuszowy urósł do rozmiarów większych, niż przypuszczaliśmy, stąd praca nasza dla instytucyi zyskała poparcie moralne, a instytucya — utrwalenie ideowego stanowiska.

Towarzystwo nasze nietylko zachowa wdzięczną pamięć owej chwili i wrażeń niezapomnianych, lecz wyniesie wspomnienie krzepiące i zachęcające do dalszej pracy.

Sekretarze: E. Sonenberg, A. Tomaszewski.

Epidemia ospy w Łodzi w roku 1911

pod względem statystycznym

podał

Dr Stanisław Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Łodzi 6. III. 1912).

Chcę przedewszystkiem ustalić fakt, że w roku ubiegłym mieliśmy w Łodzi epidemię ospy, której niemal nie-

dostrzeżono, mimo że zabrała z górą tysiąc trzysta ofiar, oraz stwierdzić, że ku jej zwalczeniu nie uczyniono nic prawie. Zrobić to zamierzam na zasadzie danych, czerpanych z jedynego istniejącego źródła — ksiąg parafialnych poszczególnych wyznań, po zniesieniu bowiem przed paroma laty rejestracyi zgonów, to tylko źródło pozostało ku czerpaniu danych do prac statystycznych, dotyczących śmiertelności mieszkańców naszego miasta.

Ścisłość danych, zawartych w dokumentach, czy księgach urzędników stanu cywilnego, może nastręczać pewne wątpliwości, boć urzędnik ów polega jedynie i wyłącznie na oświadczeniu kogoś z rodziny lub świadka, że śmierć zmarłego nastąpiła wskutek tej czy innej choroby, a rozpoznanie to nie może w wielu razach być dokładne, w szczególności zaś wtedy, gdy idzie o sfery niezamożne, o ludność pracującą. Zastrzeżenie to, słuszne najzupełniej, gdy chodzi o każdą chorobę, w stosunku do ospy mniej może jest uzasadnione. Ospa tak wybitnie różni się od innych chorób, że kto ją raz widział, ten ją napewno rozpozna, choć nie jest lekarzem, a któż z uboższej ludności kraju naszego nie widział ospy! Może być jedynie mowa o tem, że pewna część przypadków ospy bywa świadomie meldowana u urzędnika stanu cywilnego jako »krosty«. Takie zapiski spotykałem, nie liczyłem ich na karb ospy, pomimo głębokiego przekonania, że o ospę szło, i mimo to naliczyłem tysiąc trzysta osiem zgonów wskutek ospy. Niektóre kancelarye trzymają się zresztą dotąd dawnego przepisu i wymagają po staremu świadectwa lekarza co do przyczyny zgonu. Tak czyni kancelarya rabina, względnie gmina żydowska w Łodzi.

Po tych omówieniach sądzę, że można dane, zebrane przezemnie, uważać za możliwie dokładne i pozwalające na snucie wniosków, pamiętając jednak, że na obraz, na zasadzie danych tych nakreślony, należy patrzeć przez szkła zlekka powiększające, by ujrzeć właściwe napięcie epidemii, bo przecież podstawą dla wniosków naszych są tylko zgony, a zachorowań było bez porównania więcej.

Podkreślić muszę uprzejmość ze strony duchowieństwa wszystkich wyznań, do których bądź listownie, bądź osobiście zwracałem się o materyał cyfrowy i podziękować za tę uprzejmość.

Na prośbę mą nie reagowały jedynie najdrobniejsze grupki wyznaniowe, jak nowochrzceńcy (baptyści), ewangielicy-reformowani, członkowie wolnego kościoła reformowanego, bracia morawczycy, oraz maryawici; w sumie jest to tak drobna część mieszkańców półmilionowego miasta, że na obliczenia nasze wpływu wywrzećby nie mogła; mówię więc o tem jedynie dla ścisłości, najliczniejsza bowiem z powyżej wymienionych grup — maryawici — liczy według spisu jednodniowego z listopada 1911 zaledwie 2808 głów.

Niech mi też wolno będzie wypowiedzieć zdanie i niech uzyska ono poparcie Szanownych Kolegów, że rzeczą jest konieczną przywrócić rejestracyę zgonów, bo po zniesieniu jej żyjemy jakby w kraju barbarzyńskim. W Cesarstwie Rosyjskiem istnieje rejestracya przyczyn zgonów, istnieje ona i w Warszawie, czemu więc u nas w Łodzi została zniesiona? Czyż z tą sprawą czekać mamy na zaprowadzenie samorządu, a tymczasem pozwalać, by każda epidemia, niedostrzeżona, więc i nie zwalczana w początkach, robiła szczerby w ludności naszego miasta? Czemu o walce z cholerą, będącą jeszcze »za siódmą górą i za siódmą rzeką«, mówi się i pisze, a nawet przedsiębierze przeciwko niej środki zaradcze, a ospa, jedyna choroba, przeciwko której zdobyliśmy, dzięki Jennerowi, broń całkiem pewną, ospa, wymieciona już dawno z krajów cywilizowanych, u nas sprawia tak poważne szkody, jak to widzimy z cyfr następującej tablicy.

Śmiertelność ogólna i wskutek ospy w r. 1911 w Łodzi na podstawie zapisków parafialnych.

	Parafia lub gmina wyznaniowa	Zmarło w roku 1911 ogółem	Zmarło w roku 1911 na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ogólnej do ospowej	Zmarło w roku 1911 powyż. lat 14 ogółem	Zmarło w roku 1911 powyż. lat 14 na ospę	Zmarło w roku 1911 dzieci poniżej 14 lat ogółem	Zmarło w roku 1911 dzieci poniżej 14 lat na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ogólnej dzieci do ospowej
Katolicy	N. Maryi Panny (Bałuty)	3243	570	17,89		9		561	
Katolicy	Świętego Krzyża	1462	149	10,19		30		119	
Katolicy	Św. Stanisława Kostki	1154	98	8,49		4		94	
Katolicy	Św. Anny (Zarzew)	953	119	12,49	249	1	704	118	16,78
Katolicy	Św. Wojciecha (Chojny)	951	130	13,67	209	1	744	129	17,34
Katolicy	Św. Józefa	825	31	3,76	261	1	564	30	5,32
Katolicy	Św. Kazimierza (Widzew) od 14. IV. 1911	319	49	15,36		1		48	
Katolicy	Ogółem u katolików	8907	1146	12,85		47			
Ewangielicy	Jana Ewangielisty	1026	60	5,85	408	2	618	58	9,38
Ewangielicy	Trójcy Św.	670	57	8,50		0		57	
Ewangielicy	Ogółem u ewangielików	1696	117	6,90		2		115	
	Prawosławni	165	12	7,27	56	1	109	11	10,09
	Gmina żydowska	2913	33	1,13		9		24	
	Ogółem	13681	1308	9,55		59		1249	

Z tablicy tej, opracowanej według wyznań, widzimy, że największa śmiertelność wskutek ospy była na Bałutach wśród ludności katolickiej, gdzie dała 570 zgonów, co w stosunku do 3243 zgonów wogóle równa się 17·89 procentom. Mniejszy nieco % śmiertelności wskutek ospy dała parafia Św. Kazimierza (Widzew), gdzie od chwili utworzenia parafii, t. j. od 14 kwietnia 1911, zmarło na ospę 49 osób, inaczej 15·36% w stosunku do 319 zgonów w okresie tym zapisanych. Z kolei trzecie miejsce przypada w udziale parafii św. Wojciecha (Chojny), gdzie zgonów było 951, z ospy 130, co obliczone w procentach daje 13·67. Gdyby nie parafia św. Józefa, obejmująca dzielnicę w pobliżu fabryki Poznańskiego, z jej względnie bardzo małą śmiertelnością wskutek ospy, nastręczającą zresztą uwagi i zastrzeżenia, wypadłoby stwierdzić, że na kresach miasta naszego śmiertelność wskutek ospy jest niezmiernie wysoka, wyższa znacznie, niż w centrum miasta, co świadczy o zaniedbaniu szczepienia i rewakcynacyi wśród najuboższej ludności Łodzi, którą bieda, a przedewszystkiem drożyzna mieszkań w centrum, wypędza na kresy. Śmiertelność w parafii św. Józefa wskutek ospy wyniosła zaledwie 3·76% ogółu zgonów, umarło tam na ospę osób 31, zgonów było ogółem 825. Dwie parafie, w środku miasta leżące, św. Krzyża i św. Stanisława Kostki, dały

śmiertelność mniejszą od kresowych. Pierwsza t. j. św. Krzyża — 10·19% przy 1462 zgonach ogółem, w tej liczbie od ospy 149. Poważna ta liczba blednie wobec 570 zgonów ospowych na Bałutach. W drugiej, t. j. św. Stanisława Kostki, z 1154 zgonów 98 nastąpiło wskutek ospy, co w odsetkach wynosi 8·49%. Ogółem tedy ospa zabrała wśród ludności katolickiej 1146 ofiar, czyli lwią część tego, co umarło na tę straszną chorobę w Łodzi. Pamiętajmy, że katolików mieszka w Łodzi według spisu jednodniowego, dokonanego w listopadzie roku zeszłego, 262.539, ewangelików 67.912, wyznania mojżeszowego 166.028, prawosławnych 6.033, maryawitów 2.808, baptystów 1.261, protestantów reformowanych 752, mahometan 333, wyznania reformowanego 150, morawczyków 81, adwentystów 19, wyznania gregoryańskiego 2.

Daleko lepszy stan rzeczy widzimy w obu parafiach ewangielickich. Już parafia św. Trójcy, jakkolwiek do niej należą ewangielicy, zamieszkali na Bałutach, miała tylko 57 przypadków śmierci wskutek ospy, co obliczone w odsetkach w stosunku do ogólnej liczby 670 zgonów wynosi 8·50%. Natomiast druga parafia ewangielicka, mająca w swym obrębie ludność zamożniejszą, przy śmiertelności ogólnej 1.026 osób wynoszącej, miała już tylko 60 zgonów wskutek ospy, albo 5·85%.

Ze 165 zgonów wśród ludności prawosławnej przypada na ospę 12 albo 7·27%.

Najlepiej sprawa ospy stoi wśród ludności wyznania mojżeszowego Łodzi: wobec 2.913 zgonów, wogóle było tam wszystkiego 33 przypadki śmierci wskutek ospy, inaczej 1·13%. Swiadczy to, że żydzi dbają o swe zdrowie bardziej od chrześcian i że ta dbałość na dobre im wychodzi. Warto też zaznaczyć, że pokaźna część zmarłych na ospę żydów, to mieszkańcy Bałut, gdzie w zetknięciu ze strasznie wśród tamtejszej ludności rozwielmożnioną ospą, mieli wszelką okazyę do zarażenia się.

Ta mała śmiertelność wskutek ospy wśród ludności wyznania mojżeszowego Łodzi mogłaby być podana w wątpliwość, gdyby nie fakt wymagania świadectwa lekarskiego lub policyjnego co do każdego zgonu, o czem wspomniałem wyżej, oraz gdyby nie znana dbałość żydów o swe zdrowie, zmuszająca ich do szukania porady nawet w razie nieznacznych cierpień, a cóż dopiero w razie ospy, co najzupełniej usunąć musi wątpliwości nasze co do rozpoznania. Na uwagę zasługuje fakt, że wśród żydów umarło na ospę 24 dzieci, dorosłych zaś 9 — stosunek jak 8:3, gdy wśród ludności chrześciańskiej stosunek ten równa się 51:2. Innemi słowy wśród żydów umiera stosunkowo więcej dorosłych, wśród chrześcian więcej dzieci.

Ogółem wobec 13.681 zgonów, jakich doliczyliśmy się w Łodzi i na przedmieściach, umarło na ospę w roku ubiegłym (1911) osób 1.308, albo w odsetkach 9·55% ogółu zmarłych. Dla porównania warto zaznaczyć, że w notatkach z Wystawy higienicznej w Dreźnie znajduję następujące dane: Za czas od r. 1882 do 1896 umierało na każde sto tysięcy ludności na ospę:

w Szwecyi	0·5	w Anglii	2·9
w Niemczech	0·7	w Belgii	18·2

w Austryi 38·6, u nas zaś w Łodzi średnio 257, a według wyznań obliczone na 100.000 u żydów 19·9, u ewangielików 172·3, u prawosławnych 198·9, u katolików 436·5.

Gdyby nawet tę najgorszą cyfrę austryacką przenieść na nasz grunt, powinnibyśmy mieć jakieś 212 przypadków śmierci wskutek ospy, a nie 1.308. O porównaniach ze Szwecyą lub Niemcami już nawet nie mówię.

Widzimy z tablicy, że ospa sprawiła istną »rzeź niewiniątek« wśród dziatwy poniżej lat 14, zabierając 1.249 ofiar. Świadczy to o strasznem zaniedbaniu szczepienia ospy niemowlętom, gdyż np. w parafii ewangielickiej św. Trójcy widzimy, że epidemia ospy zabrała niemal wyłącznie dzieci od paru miesięcy do 2 lat. Na zmniejszenie śmiertelności dorosłych wpływał zapewne fakt szczepienia tu i owdzie po fabrykach nowoprzyjętych pracowników, oraz może w pewnej części zwiększająca się z wiekiem odporność. Właściwie nawet, starsi na gruncie łódzkim podlegają już rewakcynacyi, w myśl bowiem nieodwołanych przepisów prawa z r. 1811 każde niemowlę bywa u nas po wsiach, miasteczkach lub osadach szczepione, gdy w Łodzi poddaje swe dzieci szczepieniu ten tylko, kto usilnie tego pragnie, lub zgodzi się ponieść koszta tej operacyi, przykrości bowiem, na jakie bywa narażony każdy, udający się do cyrkułów, gdzie się odbywa szczepienie ospy, konieczność czekania parę, lub kilka godzin, najbardziej cierpliwego zniechęcić może.

Wypowiedziałem na początku zdanie, że epidemia w ciągu roku rosła w sile. Sumując cyfry zgonów wskutek ospy w trzech parafiach chrześciańskich, oraz w gminie żydowskiej — co do innych brak mi wykazów miesięcznych, — otrzymamy następujący szereg cyfr za rok ubiegły:

Miesiące	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Liczba zgonów	17	15	31	33	34	34	61	78	107	116	116	90

Nie mnie pierwszemu przypada w udziale ten smutny obowiązek stwierdzania opłakanego zaniedbania środków zapobiegawczych przeciwko chorobom zakaźnym w naszem mieście. Protokóły posiedzeń zarówno Towarzystwa lekarskiego, jak higienicznego, obfitują w takie dane, sądzę jednak, że smutniejszego obrazu od obecnego niepodobna było namalować, brakłoby bowiem dawniej odpowiednio ciemnych barw, — cyfr zgonów, które mamy obecnie do rozporządzenia.

Jakto, w mieście półmilionowem, leżącem o kilka godzin drogi od kraju, gdzie ospy prawie nie znają, umiera na tę, hańbiącą naród cywilizowany chorobę, w ciągu roku z górą 1.300 osób, a władze miejskie, czy inne, nie przedsiębiorą żadnych środków zaradczych przeciwko epidemii, nie można bowiem za środek zaradczy uważać owej, zresztą mało bardzo skutecznej, bo zbyt mało razy wydrukowanej w pismach w dziale ogłoszeń odezwy magistrackiej, nawołującej do szczepienia ospy. Drukując te ogłoszenia, władze zapomniały widocznie o nizkim poziomie oświaty, o olbrzymiej ilości nieumiejących czytać, których o potrzebie szczepienia ospy należy pouczyć z ambony kościelnej, a o zwróceniu się z odpowiednią prośbą do duchowieństwa nikt nie pomyślał. Po za owemi ogłoszeniami nic więcej nie zrobiono, wszelkie zaś inne projektowane zarządzenia tkwią, jak dotąd, w krainie niespełnionych marzeń, niewyśnionych snów. Przyzna chyba każdy, że to nieco mało wobec 1.300 zgonów. Domu izolacyjnego dotąd nie mamy, nie mamy też dotąd możności usunąć chorego na ospę z jego mieszkania, bo w wiecznie przepełnionym ospowymi szpitalu zakaźnym stale brak miejsca, chory czeka więc w mieszkaniu na wakans (!!), a członkowie jego rodziny idą do pracy, sąsiedzi, znajomi odwiedzają chorego i szerzą dokoła siebie zarazę.

Pamiętajmy, żeśmy mieli w roku zeszłym 59 zgonów z powodu ospy wśród dorosłych, co przy śmiertelności w szpitalu dla zakaźnych, wynoszącej 17·9%, uprawnią nas do przypuszczenia, że liczba zachorowań na ospę wśród dorosłych po za obrębem tego szpitala dosięgła 330 przypadków. W ten sam sposób obliczona liczba dzieci, które zapadły na ospę, wobec 1.249 zgonów i 36·3% śmiertelności dziecięcej w szpitalu, da nam 3.457 zachorowań. W sumie jakieś do 4.000 przypadków zasłabnięć na ospę, lub raczej dużo więcej, bo do szpitala dostają się tylko cięższe przypadki, wśród których śmiertelność jest większa, niż wśród tych, którzy w domu pozostali.

Wolno postawić pytanie, czy we wszystkich 1.308 przypadkach zgonów wskutek ospy była czynna Izba odkażająca. W odpowiedzi na to pytanie Sz. kolega dr Bartoszewicz donosi mi, że po ospie dokonano 232 odkażeń. Nawet po doliczeniu 18 odkażeń, wykonanych po ospie przez

służbę zdrowia T. A. Manufaktury bawełnianej Widzewskiej, pozostanie tysiąc kilkadziesiąt (1.068) przypadków śmierci wskutek ospy, po których nie robiono dezynfekcyi, i całe mnóstwo przypadków, w których chorzy zostali przy życiu, a mieszkania ich nie odkażono. Czy wobec tego wolno mówić o dążeniu do wygaszenia lub choćby przytłumienia epidemii? Chyba nie.

Po tem, co powyżej powiedziałem, sądzę, iż obowiązkiem naszym jest zwrócić uwagę, kogo należy, co do konieczności natychmiastowych zarządzeń, zwalczenie ospy na celu mających. Wszak materyału palnego w postaci osób dorosłych, lub dzieci nieszczepionych nie brak u nas, więc tylko patrzeć, jak przygasające ognisko na nowo rozgorzeje i znów staniemy bezradni, nie mając dokąd skierować nieszczęśliwego, którego własna, lub cudza nieoględność przyprawiła o chorobę.

Proponowałbym powzięcie następujących wniosków:

Towarzystwo lekarskie łódzkie, przekonawszy się z danych cyfrowych o rozmiarach, jakich w roku ubiegłym dosięgła ospa, uważa za wskazane:

1) Ścisłe przestrzeganie, a raczej przywrócenie niezniesionego u nas dotąd rozporządzenia Księcia warszawskiego Elektora Saskiego z d. 4 września r. 1811 co do szczepienia ospy ochronnej wszystkim noworodkom w ciągu pierwszego roku ich życia. Przy wykonywaniu tego prawa może wzorem Warszawy należałoby się posługiwać odpowiedniemi deklaracyami ze strony rodziców niemowląt, że we właściwym czasie dostarczą dziecko na stacyę szczepienia ospy, gdzie po dokonaniu zabiegu otrzymają odpowiednie świadectwo.

2) W celu umożliwienia szczepienia oraz rewakcynacyi należy urządzić w różnych punktach miasta stacye bezpłatnego szczepienia wraz z bezpłatnem wydawaniem świadectw po uprzedniem sprawdzeniu wyniku szczepienia, czy rewakcynacyi.

3) Przedstawić władzom miejskim konieczność wezwania ludności do szczepienia ospy sobie i otoczeniu, zapomocą odezw w pismach, kart ulotnych, rozdawanych w ambulatoryach szpitalnych i fabrycznych, ogłoszeń rozlepianych na ulicach, oraz nawoływania z ambony kościelnej lub katedry wykładowej.

4) Zwrócić się z odpowiednią odezwą do inspekcyi fabrycznej, aby zarządzono rewakcynacyę wszystkich osób, zajętych po fabrykach i szczepiono nowoprzyjętych do pracy.

5) Wystosowanie odezwy do zarządu miejskiego, by zwrócił baczniejszą uwagę na stan sanitarny przedmieść przyłączonych do Łodzi, oraz zajął się wypracowaniem przepisów, czy warunków opieki nad wsiami, bezpośrednio łączącemi się z Łodzią.

6) Uzasadnić wobec władz miejskich potrzebę szczepienia ospy służbie domowej, stróżom i ich rodzinom i wyjednać odpowiednie polecenie.

7) Wprowadzić obowiązkowe szczepienie ospy wszystkim mieszkańcom domu, gdzie zdarzył się przypadek ospy.

8) Zwrócić uwagę zarządu miejskiego na konieczność natychmiastowego zwiększenia liczby łóżek dla chorych na ospę w szpitalu dla zakaźnych, tak, by każdy chory mógł znaleść tam natychmiast miejsce i nie potrzebował czekać na swą kolej, jak obecnie po kilka lub więcej dni.

9) Wprowadzić obowiązkowe bezpłatne odkażanie mieszkań po ospie. Powinno ono być wykonywane bez wezwania właściciela mieszkania, w którym zdarzył się przypadek, wprost na zasadzie polecenia ze szpitala dla zakaźnych.

10) Towarzystwo lekarskie uważa, że 50 łóżek dla chorych na ospę w projektowanym szpitalu dla zakaźnych bezwarunkowo nie wystarcza i liczbę łóżek należy conajmniej podwoić.

11) Urządzić jaknajprędzej dom izolacyjny dla rodzin dotkniętych chorobami zakaźnemi na czas odkażania ich mieszkania.

12) Zobowiązać gospodarzy domów do obowiązkowego zawiadamiania policyi, względnie lekarza cyrkułowego, o każdym przypadku ospy, jaki się zdarzy w ich domu.

13) Przywrócić zawiadamianie lekarzy miejskich ze strony lekarzy domowych o każdym przypadku choroby zakaźnej, a w szczególności ospy, zapomocą kart pocztowych kolorowych, opatrzonych w markę 1 kop., wrzucanych do skrzynek pocztowych i doręczanych przez listonoszy według adresu. Karty ospowe powinny się różnić kolorem od innych.

14) Przywrócenie jaknajszybsze rejestracyi zgonów z obowiązkowem dokonywaniem co tydzień zestawień o rodzaju chorób panujących w mieście i zawiadamianiem redakcyi pism miejscowych.

15) Stworzenie w Łodzi instytutu szczepienia ospy przy nowym szpitalu.

16) Utworzenie stanowisk lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych miejskich i powierzenie im pieczy nad sprawą zwalczania chorób zakaźnych w szkole lub poza szkołą, a w pierwszej linii sprawę walki z ospą drogą szczepienia i rewakcynowania.

17) Utworzenie stanowiska lekarza sanitarnego miejskiego lub włożenie tych obowiązków na jednego z lekarzy cyrkułowych.

18) Sprawy powyższe załatwi Towarzystwo lekarskie samo (wydanie lub wydrukowanie w pismach odezw, nawołujących do szczepienia), albo też zwróci się do władz miejskich w Łodzi, lub do władz wyższych z odpowiedniem przedstawieniem.

Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.

Zebrał

Dr H. Trenkner.

(Dokończenie).

Personal szpitalny.

1) Obsługę lekarską uwydatnia następujące zestawienie:

Szpitale	Ilość lekarzy				Ile łóżek przypada na 1 lekarza
	Ordynatorzy	Specyaliści	Miejscowi	Eksterni	
Powiatowy św. Aleksandra	4	1	—	4	11
Miejski dla chorych zakaźnych	1	—	—	—	40
Ewangielicki	2	—	1	—	13
Zydowski im. Poznańskich	10	—	2	—	10
Anny-Maryi dla dzieci	2	3	3	4	11
W Kochanówce dla umysłowo chorych	5	—	—	—	52
Fabryczny Czerwonego Krzyża	4	3	1	1	12
» Scheiblera	3	—	—	—	23
» Poznańskich	1	5[2])	—	—	45
» w Widzewie	1	—[2])	—	—	32
» przy ul. Nawrot	2	2[2])	—	—	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	1	—	—	—	4
Przytułek położniczy »Linas Chacholim«	1	1[2])	—	—	14
Lecznica przy ulicy Podleśnej Nr 15	6[1])	—	—	—	9
Lecznica przy ulicy Piotrkowskiej Nr 251	6[1])	—	—	—	7
Lecznica przy ulicy Wólczańskiej Nr 3	3	—	—	—	4

[1]) Różnych specyalności. [2]) Konsultanci.

2) Wynagrodzenie lekarzy.

Tablica IV.

Szpitale	Lekarz naczelny	Ordynatorzy etatowi	Ordynatorzy nadetatowi	Eksterni	Miejscowi	Specyaliści
	Rubli					
Powiatowy św. Aleksandra	800	300	—	—	—	—
Miejski dla chorych zakaźnych	1000	—	—	—	—	—
Ewangielicki	—	—	—	—	650	—
Zydowski im. Poznańskich	600	280	—	—	1000	—
Anny-Maryi dla dzieci	2000	800 (chirurg)	—	300	750	300
W Kochanówce dla umysłowo chorych	3000	1800, 1440, 960, 600	—	—	—	—
Fabryczny Czerw. Krzyża	1000	400	—	—	?	płatni od porady
» Poznańskich	—	1100	—	—	—	300
» przy ul. Nawrot	—	600	—	—	—	płatni od porady
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	—	300	—	—	—	—
Przytułek położniczy »Linas Chacholim«	—	—	—	—	—	—

3) Felczerzy i pielęgniarki.

Tablica V.

Szpitale	Ilość felczerów	Roczne wynagrodzenie felczerów rb.	Ilość pielęgniarek	Roczne wynagrodzenie pielęgniarek	Razem felczerów i pielęgniarek	Ile łóżek przypada na 1 felczera lub pielęgniarkę
Powiatowy św. Aleksandra	1	300	—	—	1	88
Miejski dla chorych zakaźnych	1	360	1	240	2	20
Ewangielicki	—	—	12[1]	35	12	3
Zydowski im. Poznańskich	—	—	—	—	—	—
Anny-Maryi dla dzieci	—	—	12	180—216	12	11
W Kochanówce dla umysłowo chorych	1	360	4	216—264	5	52
Fabryczny Czerw. Krzyża	1	480	2	240	3	33
» Scheiblera	2	?	—	—	2	35
» Poznańskich	1	360	3	180	4	11
» w Widzewie	3	?	—	—	3	11
» przy ul Nawrot	1	624	1	240	2	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobrocz.	—	—	1[2])	200	1	4
Przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«	—	—	1[3]	60 kop. za 12 godzin	1	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	1	1200	2	108	3	18
Lecznica przy ul. Piotrkowskiej 251	1	?	3	?	4	10
Lecznica przy ul. Wólczańskiej	1	780	1	360	2	6

[1]) Sióstr miłosierdzia.
[2]) Akuszerka.
[3]) Przychodnia w razie potrzeby.

4) Służba niższa na salach.

Tablica VI.

Szpitale	Ilość służących	Wynagrodzenie miesięczne rb.	Ile łóżek przypada na 1 służącego
Powiatowy św. Aleksandra	8	8—10	11
Miejski dla chorych zakaźnych	4	8—12	10
Ewangielicki	2	20 (?)	20
Zydowski im. Poznańskich	19	7—20	6
Anny-Maryi dla dzieci	?	(?)	?
W Kochanówce dla umysłowo chorych	60	10—13	4—5
Fabryczny Czerw. Krzyża	9	7—11	11
» Scheiblera	5	do 30 (?)	14
» Poznańskich	4	10	11
» w Widzewie	2	$7^1/_2$	16
» przy ul. Nawrot	2	10	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobrocz.	1	5	4
» » »Linas Chacholim«	1	8	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	6	9—14	9
» » » Piotrkowskiej Nr 251	?	(?)	?
» » » Wólczańskiej Nr 36	2	(?)	6

Wydatki na lekarstwa i opatrunki w r. 1910.

Tablica VII.

Szpitale	Za rok 1910 rb.	Na 1 łóżko wypada rocznie rb.	Na 1 łóżko wypada dziennie kop.
Powiatowy św. Aleksandra	5200	60	17
Miejski dla chorych zakaźnych	1120	28	8
Ewangielicki	2504	$62^1/_2$	18
Zydowski im. Poznańskich	4872	43	12
W Kochanówce dla umysłowo chorych	2200	$8^1/_2$	$2^1/_2$
Anny-Maryi dla dzieci	2808	22	6[1])
Fabryczny Czerw. Krzyża	2269	22	6[1])
» Scheiblera	4303	61	17
» Poznańskich	?	—	—
» w Widzewie	2612	82	23
» przy ul. Nawrot	1580	40	12
Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobrocz.	70	18	5
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	3170	58	16
» » Wólczańskiej	1800	140	40 (?)

[1]) Materyały opatrunkowe prawdopodobnie nie zostały wliczone.

Własne apteki posiadają następujące szpitale: żydowski im. Poznańskich, fabryczny Scheiblera i szpital dla umysłowo chorych w Kochanówce.

Pomoce szpitalne.

Sale operacyjne urządzone według współczesnych wymagań posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Czerw. Krzyża, Scheiblera i lecznica przy ul. Podleśnej. W każdym z tych szpitali są oddzielne sale do operacyi septycznych i aseptycznych. Szpital miejski dla chorych zakaźnych ma 2 niewielkie zaimprowizowane pokoiki opatrunkowe. Szpital w Kochanówce nie posiada zupełnie sali operacyjnej.

Szpitale: w Widzewie, miejski szpital dla chorych zakaźnych, oba przytułki położnicze, nie posiadają własnych urządzeń do wyjaławiania materyałów opatrunkowych.

Urządzenie elektro- i hydroterapeutyczne posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Scheiblera, Czerw. Krzyża i Lecznica przy ul. Podleśnej.

Z wyjątkiem szpitala fabrycznego w Widzewie i obu przytułków położniczych wszystkie szpitale posiadają mniejsze lub większe pracownie, zaopatrzone w mikroskop. Większe pracownie posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka.

Przyrządy Roentgena posiada 6 szpitali: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Scheiblera, Czerw. Krzyża i Lecznica przy ul. Podleśnej.

Biblioteki lekarskie znajdują się w szpitalach: żydowskim, Anny-Maryi, Kochanówce, Scheiblera, Czerwonego Krzyża.

Prosektorya do badań pośmiertnych posiadają szpitale: Anny-Maryi, Kochanówka i ewangielicki.

Opłaty dzienne.

Na klasie III od chorych pobierane są dziennie opłaty według następującej taksy:

Tablica VIII.

Szpital	Oddział			
	wewnętrzny		chirurgiczny	
	rb.	kop.	rb.	kop.
Powiatowy św. Aleksandra	—	75	1	—
Ewangielicki	1	25	1	50
Żydowski	—	75	1	—
» na oddziale gruźliczym	1	25	—	—
Kochanówka	[1]	16	—	—
Czerwonego Krzyża	1	25	1	50
Lecznica przy ul. Podleśnej	1	75	—	—
» » Piotrkowskiej	1	85	—	—

[1]) Miesięcznie 35.

Przy tak zwanych »abonamentach« szpitale pobierają od fabrykantów średnio 200 rb. rocznie od abonowanego łóżka, a nadto od 1·— do 1·25 rb. za każdy dzień szpitalny.

Z powyższego widzimy, że szpitalnictwo łódzkie pod względem jakościowym przedstawia się naogół zupełnie zadowalniająco. Szpitale: żydowski, ewangielicki, Lecznica przy ul. Podleśnej i Anny-Maryi odpowiadają całkowicie współczesnym wymaganiom szpitalnictwa. Najniżej pod każdym względem, zarówno co do budynku, co do zaopatrzenia w pomoce lekarskie, urządzenia gospodarskie (mała ilość wanien), jak i co do ilości służby, wydatków na żywienie chorych i t. d. stoi zależny od Rady Dobroczynności publicznej powiatowy szpital św. Aleksandra.

Nie odpowiada również elementarnym wymaganiom szpitalnictwa budynek jedynego szpitala miejskiego dla chorych zakaźnych, aczkolwiek pod względem wydatków na żywienie chorych, dostatecznej ilości służby, zaopatrzenia w bieliznę i dostatecznej ilości wanien szpital ten nie ustępuje pozostałym.

Bardzo prymitywnie przedstawia się również jedyny chrześcijański przytułek dla rodzących.

Pod względem urządzeń laboratoryjnych i pomocniczych (sala operacyjna, aparaty rentgenowskie, urządzenia elektro- i hydroterapeutyczne) szpitale: ewangielicki, Anny-Maryi, Poznańskich, lecznica przy ulicy Podleśnej, lecznica przy ulicy Wólczańskiej, stoją całkowicie na wysokości współczesnych wymagań szpitalnictwa.

Źle natomiast przedstawia się sprawa szpitalnictwa w Łodzi pod względem ilości łóżek. Jak podałem wyżej, szpitale łódzkie obliczone są na 1083 łóżek; jeżeli zaś odjąć od tej liczby 260 łóżek szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce, to na 510 tysięcy mieszkańców wypadnie 823 łóżek, czyli na 100.000 161 łóżek, t. j. trzy razy mniej, niż w Warszawie, która stale cierpi na brak łóżek w szpitalach.

Stosunki takie dla miasta w tak wysokim stopniu, jak Łódź, sproletaryzowanego, które jako centrum całego okręgu fabrycznego, ściąga chorych w znacznym promieniu, są wprost fatalne. Nie mówiąc już o wsiach okolicznych, nawet większe osady fabryczne, Zgierz, Aleksandrów, Konstantynów, nie posiadają własnych szpitali, i ciężej chorzy ze wspomnianych okolic z konieczności muszą korzystać z tychże 823 łóżek półmilionowej Łodzi.

Ponieważ liczba robotników, pracujących w większych zakładach (t. j. zatrudniających ponad stu robotników) wynosi około 100.000, więc zgodnie z ustawą fabryczną powinienby przemysł zapewnić robotnikom łódzkim około 1000 łóżek szpitalnych. W rzeczywistości jednak udział przemysłu w zaspokojeniu potrzeb szpitalnych ludności fabrycznej wynosi 351 łóżek, t. j. 30% tego, do czego przemysł jest zobowiązany przez prawo.

Oto poszczególne cyfry: W szpitalu Czerw. Krzyża 100, Scheiblera 70, Poznańskiego 45, w Widzewie 32, przy ulicy Nawrot 40 łóżek. Nadto według zebranych przezemnie danych w lecznicach prywatnych i w szpitalu ewangielickim fabryki łódzkie abonują 64 łóżek. Razem 351 łóżek.

Pomimo to ludność robotnicza fabryk większych jest względnie najlepiej sytuowana w stosunku do pomocy szpitalnej. Pozostała ludność mało zamożna, cały proletaryat, można powiedzieć, nie leczy się zupełnie, bo niema gdzie się leczyć.

Ruch chorych w r. 1910 w szpitalach łódzkich przedstawiał się jak następuje:

Tablica IX.

Szpital	Ilość chorych	Ilość dni szpitalnych
Św. Aleksandra	1285	30317
Ewangielicki	400	10932
Żydowski	1602	32632
Miejski dla chorób zakaźnych	488	10279
Fabryczny Czerwonego Krzyża	1167	32746
» Scheiblera	447	10259
» Poznańskich	340	6823
» w Widzewie	326	5313
» przy ul. Nawrot	425	9531
Lecznica pryw. przy ul. Podleśnej	945	18373
» » » Piotrkowskiej	582	10323
» » » Wólczańskiej	130	1667
Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr.	121	639
» » » »Linas Chacholim«	11	60
Anny-Maryi dla dzieci	1532	30504
Kochanówka	398	88400
Razem	10199	298798

Tablica powyższa wymownie świadczy o stałem przepełnieniu w ciągu roku szpitali łódzkich.

Wprost tragicznie przedstawia się szpitalna pomoc położnicza w Łodzi. Półmilionowe miasto posiada dwa przytułki położnicze: chrześcijański na 4 łóżka i żydowski na 12 i oprócz tego oddział położniczo ginekologiczny w szpitalu Poznańskich na 12 łóżek, czyli razem olbrzymie miasto może w najlepszym razie zapewnić rodzącym 28 łóżek. Jeżeli zaś, jak to już bywało, jeden z przytułków położniczych z powodu gorączki połogowej zostanie na kilka tygodni zamknięty, to i ta skromna pomoc uszczupli się jeszcze.

Przodująca całej Europie pod względem śmiertelności na gruźlicę [1]) Łódź dla walki z tą plagą posiada jedyny oddział gruźliczy w szpitalu Poznańskich na 12 łóżek,

Wydatki Zarządu miasta na cele szpitalnictwa w roku 1910 wyrażają się w następujących cyfrach:

Budżet szpitala dla chorych zakaźnych	14400 rb.
Za leczenie chorych kosztem miasta w Kochanówce	38968 »
» w szpitalu św. Aleksandra	8803 »
» » Czerw. Krzyża	18500 »
» » ewangielickim	6223 »
» » Poznańskich	1073 »
» » Anny-Maryi	607 «
» lecznicy chorób wenerycznych	512 »
Razem	**89086 rb.**

Dla porównania niech służą wydatki na cele szpitalnictwa Magistratu m. Warszawy:

	r. 1908	1909
na utrzymanie szpitali	1,171.963 rb.	1,186.033 rb.
na utrzymanie przytułków	438.106 »	367.020 »

Na rok 1911 (rachunki nie są zamknięte) preliminowano na cele szpitalne (t. j. utrzymanie szpitali, przytułków, instytutu położniczego i przytułków położniczych) **2,122.470 rb.**

[1]) Około 1500 zgonów rocznie t. j. na 100 tys. 300 zgonów z gruźlicy.

Wnioski nasuwają się same przez się:

1) Miasto musi w najbliższym czasie przystąpić do wybudowania własnego ogólnego większego szpitala,

2) założyć w różnych dzielnicach miasta kilka przytułków położniczych, któreby zapewniły pomoc szpitalną niezamożnym rodzącym,

3) jeżeli nie wybudować, to conajmniej przyczynić się do założenia dużego sanatoryum ludowego, odpowiadającego potrzebom miasta.

Sejmowe sprawy sanitarne.

Szpitalnictwo galicyjskie w ostatniem pięcioleciu.

Przed laty pięciu starał się »Przegląd lekarski«[1]) w najgrubszym przynajmniej szkicu przedstawić stan szpitalnictwa galicyjskiego, podkreślając głównie ciemne jego strony i na podstawie takiego ogólnego przeglądu dojść do wniosków, jakie reformy i ulepszenia są w naszych szpitalach najkonieczniejsze i najpilniejsze. Nie były to rzeczy ze wszystkiem nowe; bardzo wiele braków naszego szpitalnictwa było już podniesionych w dorocznych sprawozdaniach Inspektoratu szpitali krajowych, w dorocznych sprawozdaniach Krajowej Rady zdrowia, w luźnych artykułach w pismach lekarskich, w obradach ankiety w sprawach szpitalnych, zwołanej przez Wydział krajowy jeszcze przed dziesięciu laty (w r. 1902), przyczem wyłoniło się tam bardzo wiele doniosłych i praktycznych myśli. Wszystko to jednak, zawarte w publikacyach albo dość trudno dostępnych (sprawozdania, wydawane dla użytku Sejmu), albo mało rozpowszechnionych (sprawozdania Krajowej Rady zdrowia, publikacye państwowej Komisyi statystycznej), nie było szerzej znane, nie dotykało niejednej ważnej strony sprawy i było dosyć rozproszone. Zbierając to w jedną całość i uzupełniając zgromadzonemi wprost wiadomościami i szczegółami wówczas jeszcze nigdzie nie ogłoszonymi, próbowaliśmy dojść do ogólniejszego obrazu, ułatwiającego określenie potrzeb na dobie i późniejsze śledzenie postępów na tem polu.

Wynik tego przeglądu streszczał się pokrótce w tem, że w r. 1907 miała Galicya w stosunku do liczby ludności ciągle jeszcze rażąco za mało szpitali, a w nich zamało łóżek; że szpitale te, rozmieszczone w kraju niejednomiernie, były stale i bardzo znacznie przepełnione; że ich pomieszczenie (budynki) było w znacznej części nieodpowiednie, a urządzenie wewnętrzne liche i niedostateczne; że co do wentylacyi, oświetlenia, ogrzania, zaopatrzenia w wodę, łazienek itd. były bardzo wielkie braki; że cały system usuwania tych braków przez drobne, pozornie oszczędne, ale też krótkotrwałe ulepszenia był błędny i nader nieekonomiczny. Wydatki na utrzymanie szpitali były wówczas w stosunku do współczesnych zadań szpitalnictwa i potrzeb ludności zbyt skąpe; dzienny koszt utrzymania jednego chorego nadmiernie nizki; norma żywienia niedostateczna i zbyt oszczędnie stosowana; brakło przejęcia się nowoczesnym kierunkiem nauki o pielęgnowaniu chorych, a opiekującej się chorymi służbie zakonnej i świeckiej brakło odpowiedniego wykształcenia. Personal lekarski był zarówno w biurach Departamentu sanitarnego, jak i w szpitalach zbyt szczupły. Płace lekarzy i personalu opiekującego się chorymi były bardzo nizkie; nie było dla personalu odpowiednich mieszkań w szpitalach. Brakło warunków, aby poziom lekarski w szpitalach należycie się podnosił; w wielu szpitalach nie było żadnych pracowni; nie starano się o doskonalenie lekarzy przez ułatwienie dalszych studyów, przez budzenie ruchu naukowego. Wpływ lekarzy na należyte funkcyonowanie szpitali był skrępowany przez wadliwie określoną rolę zgromadzeń zakonnych w szpitalach.

Wyłaniały się stąd wówczas następujące najpilniejsze postulaty:

1. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu zaopatrzenia kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek itp. do stosunków terytoryalnych i systematyczne zakładanie szpitali według stopnia potrzeb pewnych części kraju; w tym celu utworzenie dla zasilenia słabszych finansowo powiatów i gmin osobnego funduszu szpitalnego na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

[1]) 1907. Nr 8 do 19 »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego. Braki i potrzeby«.

2. Wywarcie nacisku na gminy i powiaty w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców; budowa kilku takich przytułków krajowych, kosztem kraju; założenie przytułków położniczych, a przedewszystkiem przyspieszenie jaknajwiększe budowy Domu porodowego w Krakowie.

3. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu rozszerzenia i modernizacyi już istniejących szpitali, a niezależnie od tego gruntowna rekonstrukcya obu szpitali krajowych, zwłaszcza krakowskiego, jakoteż rekonstrukcya lub budowa nowych budynków w Bochni, Brodach, Jaśle, Podhajcach, Przemyślanach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi (i w tych, które były w r. 1907 objęte już wnioskami Wydziału krajowego).

4. Zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, nowożytne sprzęty i t. p.

5. Reforma głównego zarządu przez utworzenie w biurach Departamentu V. Wydziału krajowego dostatecznej liczby posad lekarskich; obok zwoływania osobnych ankiet, szersze korzystanie z dorady Krajowej Rady zdrowia.

6. Jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali i oddziałów w szpitalach większych; pomnożenie liczby lekarzy pomocniczych; wydatna poprawa bytu lekarzy szpitalnych. Wysyłanie lekarzy kosztem kraju na studya zagranicę i na kursa lekarskie w kraju; stworzenie pracowni naukowych we wszystkich szpitalach, piecza o działalność naukową, ogłaszanie naukowych sprawozdań ze szpitali.

7. Poprawa bytu służby, podwyższenie płac, stworzenie mieszkań; jej wykształcenie zawodowe; pomnożenie jej liczby.

8. Zmiana umowy z Siostrami Miłosierdzia, poddanie służby pod nieuszczuploną władzę lekarzy; stworzenie szkoły, kształcącej służbę zakonną w całym zakresie jej zawodu.

9. Wprowadzenie w życie zasad nowoczesnego pielęgnowania chorych. Oddzielenie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę.

10. Ankieta w sprawie całego zakresu działania autonomicznych władz krajowych na polu sanitarnem.

Postulaty te trafiły na pomyślną chwilę. Zajęły się nimi wówczas Towarzystwa i korporacye lekarskie w Galicyi, wnosząc w tej sprawie memoryały do Sejmu i Wydziału krajowego; pojawiły się w tym przedmiocie artykuły w pismach lekarskich[2]), oraz w większych pismach codziennych, wywiązała się nawet polemika z powodu Sióstr Miłosierdzia[3]); w Sejmie rozwinęła się dwukrotnie dyskusya nad sprawami sanitarnemi w niebywałych przedtem rozmiarach. Co zaś może najważniejsze, w tymże czasie odbywały się doniosłe zmiany w Departamencie sanitarnym Wydziału krajowego; na stanowisku inspektora szpitali rozpoczynał pracę jeden z najdzielniejszych lekarzy szpitalnych, łączący gruntowną znajomość naszego szpitalnictwa z szerokim poglądem i wielką inicyatywą, ś. p. Dr Łuszczkiewicz, a wkrótce potem przeszło też i naczelne kierownictwo Departamentu sanitarnego po szeregu lat przerwy znowu w ręce posła-lekarza, ożywionego najgorętszą chęcią gruntownej poprawy stosunków i świadomością celów, do których zmierzać należy. Toteż, nie zmniejszając zasług tych, którzy kładli podwaliny dla szpitalnictwa galicyjskiego z początkiem ery autonomicznej i którzy potem niem kierowali wedle najlepszej swej wiedzy i woli, śmiało rzec można, że lata 1907 i 1908 były latami przełomu, chwilą wielkiego zwrotu ku lepszemu.

Pięcioletni okres, upływający od tej chwili, pozwala już obejrzeć się wstecz i ocenić wyniki zwrotu, który wtedy nastąpił. Rozpatrując te wyniki, należy się liczyć z okolicznością, wielce dla szpitalnictwa niepomyślną, to jest z utrudnieniem prac Sejmu przez spory narodowościowe i polityczne (reforma wyborcza), w ostatnich trzech latach do tego stopnia szkodliwe dla spraw sanitarnych razem z wielu innemi, że już trzecie z rzędu sprawozdanie sejmowej Komisyi sanitarnej i Departamentu V. Wydziału kraj. nie dostało się pod obrady i nie zostało przez Sejm załatwione. O ciągłość akcyi rozpoczętej przez Wydział krajowy we własnym jego zakresie, mogły były powstać obawy, gdy ciężka choroba i przedwczesna śmierć Dr Łuszczkiewicza przerwały jego działalność. Ze sprawozdań jednak jego następcy widać, że mimo zmiany osób pozostała idea, utrzymała się gorliwa troska o nadzorowaną instytucyę, nie zmniejszyła się sumienność i dokładność inspekcyi, ani ta szczerość w przedstawieniu dostrzeżonych braków, bez oglądania się na względy uboczne, którą słu-

[2]) Krokiewicza (Przegląd lek. 1907. str. 331, 341), Kadyia (tamże str. 429), Salpetra (Tygodnik lek. 1907. str. 35 132), Janiszewskiego (tamże 1908. str. 209), J. Starzewskiego (tamże 1908. str. 237. 252 264).

[3]) Tygodnik lek., Miłosierdzie chrześć. i Przegląd lek. 1908.

snie jako wielką zaletę podkreślił w Sejmie poseł prof. Mars. Zachowano też znacznie przez ś. p. Łuszczkiewicza poprawiony sposób zestawienia sprawozdań o szpitalnictwie (bez dalszych zresztą ulepszeń)[4]).

Najznamienniejszym dowodem przełomu w sprawach szpitalnictwa i trwałości postępu w ostatnich pięciu latach są liczby, w których wyraża się rubryka sanitarna budżetu krajowego.

Mianowicie wydano:

w roku	brutto kor.	z tego na szpitalnictwo	netto
1902	2,887.713	(około $2^1/_2$ mil.)	
1903	3,316.214	2,750.941	3,171.178
1904	3,346.282	3,046.965	3,221.642
1905	3,368.149	3,050.714	3,217.586
1906	3,556.165	3,220.199	3,272.653
1907	5,912.835	5,586.333	3,872.148
1908	6,219.116	5,899.961	3,635.916
1909	6,478.804	6,131.672	4,302.596
1910	7,188.012	6,860.615[5])	4,315.065

Wydatki brutto w ciągu więc pięciu lat prawie dokładnie podwoiły się, na szpitalnictwo wzrosły przeszło w dwójnasób. Nie daje to jednak właściwej miary, bo gwałtowny skok w r. 1907 o przeszło dwa miliony koron jest tylko pozorny, a to dlatego, że w tym roku zmieniono sposób budżetowania, wrachowując do ogólnego zestawienia cały dochód i rozchód zakładów krajowych w obu głównych miastach Galicyi. Ściślejszą miarę daje porównanie wydatków netto, to jest po odliczeniu dochodów, wpływających do sanitarnej rubryki budżetu. Otóż tutaj widać od chwili przełomu istotnie nagły wzrost wydatków (około pół miliona), które w ciągu ostatniego pięciolecia zwiększyły się o 30%, z roczną średnią progresyą o 100.000 koron, gdy w poprzedniem czteroleciu wynosiła ona średnio 25.000; postęp wydatków zwiększył się więc w czwórnasób, co napewno zależy od wydatków na szpitalnictwo, gdyż inne rubryki tego działu, stanowiące niecałą dziesiątą część wydatków, zmieniły się stosunkowo nieznacznie. Toteż tegoroczna komisya budżetowa Sejmu miała istotnie prawo wskazywać na wydatki sanitarne, jako jedne z tych, które najbardziej wzrosły.

Wejście kraju od r. 1907 na drogę wielkich inwestycyi w szpitalnictwie odzwierciedla też następujące przybliżone zestawienie nowych budów, dobudów i rekonstrukcyi szpitali (bez wliczenia drobniejszych przeróbek i adaptacyi) w ubiegłem pięcioleciu:

a) Wykonane, na ukończeniu lub w toku:

Lwów, szpital powszechny	520.000	
» grunt pod kliniki (połowa)	189.600	
» klinika dermatol. »	818.000	
» objęcie szpitala św. Zofii	124.000	
» szpital św. Zofii	91.230	
» szpital zakaźny	1,200.000	
		2,942.830
Kulparków (z kosztem oczyszczalni)		2,076.170
Kraków, oddział chirurgiczny	139.000	
» rekonstrukcye (1908)	57.900	
» klinika psychiatryczna	50.000	
		246.900
Kobierzyn		7,068.000
Szpitale prowincyonalne[6]):		
Biała	367.400	
Brzeżany	96.500	
Husiatyn	114.000	
Jarosław	25.526	
Przemyślany	73.424	
Sanok	16.218	
Tarnów	199.000	
Turka	16.232	
		908.300
a) Projektowane (wniesione do Sejmu, ale przezeń nieuchwalone, lub czekające na odpowiedź rządu co do udziału w kosztach)		
Kraków (ogółem 920.222)[7])		520.000
Szpitale prowincyonalne[6]):		
Bochnia	82.000	
Drohobycz	104.000	
Nadwórna	166.100	
Podhajce	210.000	
Stanisławów	216.000	
Stryj	143.900	
		922.000
Ogółem		14,674.200

Jeżeliby do tego doliczyć kwoty, wydane przez Wydziały powiatowe i gminy z ich własnych funduszów, bądź na budowę zupełnie nowych szpitali (Bóbrka 208.000, Nowy Targ 270.000, Horodenka itd.), bądź na pokrycie części kosztów odbudowy, rozszerzenia i rekonstrukcyi, oraz gdyby doliczyć drobniejsze adaptacye, to ogólne obciążenie kraju na inwestycye w szpitalnictwie w ostatnim pięcioletnim okresie oszacowaćby wypadło na poważną sumę około siedemnastu milionów koron.

Ten znaczny wydatek dotychczasowy jest poważnym początkiem zaspokojenia postulatów wyżej wyliczonych.

---

1. Przyrost szpitali i liczby łóżek, stanowiący wobec wielkiego przepełnienia szpitali jedną z najpilniejszych potrzeb, mimo znacznego wydatku dotychczasowego nie postąpił dostatecznie. Oceniając to, nie można jednak opierać się na tem tylko, że przepełnienie szpitali, już przed pięciu laty dotkliwe, obecnie jeszcze wzrosło i dochodzi już średnio 5% etatowej liczby łóżek. Zjawisko to bowiem może zależeć od prześcignięcia przyrostu łóżek przez zwiększanie się zaufania ludności do leczenia szpitalnego, to jest od tego, że chorzy coraz liczniej napływają do szpitali. Istotnie tak jest, i to w stopniu znacznym. Mianowicie leczono we wszystkich zakładach w kraju

w r. 1906	5859 chorych
» 1910	6796 »
przyrost pięcioletni wynosił więc	837 chorych

to jest 14%; gdyby zaś ludność garnęła się do szpitali w tymsamym tylko stopniu, co dawniej, to przyrost powinienby zwiększać się mniej więcej tylko w tym stosunku, jak zaludnienie kraju, to jest przy średnim rocznym przyroście ludności 8 pro mille, wynosić za pięć lat tylko 4%[8]).

Natomiast zbyt powolny przyrost łóżek szpitalnych w ostatnich latach widać z tego, że było:

	szpitali publicznych[9])	łóżek
w r. 1907	36	4743
w r. 1910	40	4988
przybyło więc	4	245

przy niezmienionej prawie liczbie szpitali prywatnych (58) i znajdujących się w nich łóżek (1806). Ponieważ zaś odpowiednio do przyrostu ludności w ostatniem dziesięcioleciu powinnoby corocznie przybywać (w stosunku do ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych i prywatnych = 6549 w r. 1907) około 52 (8‰) łóżek rocznie, czyli za cztery lata 208, przeto istotna nadwyżka wynosi znikająco małą liczbę — 37 łóżek.

---

[4]) Sprawozdania Inspektora szpitali krajowych i Departamentu V. Wydziału krajowego za lata 1906—1911 obok Sprawozdań Krajowej Rady zdrowia do roku 1907 (dalsze jeszcze nie wyszły), wydawnictw Centralnej Komisyi statystycznej w Wiedniu (Statistik des Sanitätswesens — do roku 1906), artykułów rozrzuconych w naszych czasopismach lekarskich, oraz wprost zebranych spostrzeżeń i informacyi, służą za podstawę przytaczanych w niniejszym artykule cyfr i szczegółów, przy których nie będę już z osobna cytować źródła.

[5]) Do wydatków na szpitalnictwo należy zaliczyć wszystko, co pozostaje po potrąceniu wydatków na szczepienie krowianką, na lekarzy okręgowych, leki podczas epidemii i utrzymanie podrzutków.

[6]) Liczono tylko część kosztów, przypadającą na kraj, a pokrywaną pożyczkami amortyzacyjnemi, o ile ją ze Sprawozdań Dep. V. przypuszczalnie dało się oznaczyć; resztę kosztów pokrywają fundusze powiatów lub gmin.

[7]) 400.000 ma być pokryte z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza.

[8]) Ludność Galicyi wynosiła według spisu

z r. 1900	7,315.939
a z r. 1910	7,965.404
przyrost w dziesięcioleciu	649.465

to jest około 8%, czyli 8 pro mille rocznie.

[9]) Liczono tu tylko właściwe szpitale bez zakładów dla obłąkanych i położnic, taksamo, jak to przyjęto w obliczeniach Rady zdrowia.

Wyraża się to również i w stosunku liczby łóżek do zaludnienia kraju, który wynosił w Galicyi:

w r. 1900 1 łóżko na 1341 mieszkańców
» 1905 1 » » 1214 »
» 1910 1 » » 1155 »

gdy w całej Austryi wynosił już w r. 1905 średnio 1:515, a nawet Dalmacyi i Bukowinie dorównać dotąd nie możemy.

Chcąc w liczbach określić mniej więcej obecny niedobór łóżek szpitalnych w Galicyi według zasady Pettenkofera [9]), doszłoby się do fantastycznej w naszych stosunkach liczby brakujących jeszcze około 14.000 łóżek, nawet gdybyśmy uwzględnili wszystkie istniejące obecnie łóżka, nietylko we właściwych szpitalach publicznych i prywatnych, ale i w zakładach dla obłąkanych, domach porodowych i klinikach uniwersyteckich. Oczywiście przyjęcie zasady Pettenkoffera, wyprowadzonej ze stosunków najkulturalniejszych i najbogatszych krajów, byłoby w naszych stosunkach błędem zarówno ze względu na warunki ekonomiczne, jak i na stopień przywyknienia ludności do leczenia się. Nawet zasada, przyjęta w obliczeniach autorów książki »Medycyna w Samorządzie« [10]), jako postulat dla Królestwa polskiego, t. j. za wzorem średnio uposażonych w szpitale krajów zachodnich, 1 łóżko na 500 mieszkańców, byłaby dla Galicyi obecnie zbyt hojna, skoro nie osiągnięto jej jeszcze średnio w całem państwie austryackiem. Za ideał w naszych warunkach mogłoby już uchodzić, gdybyśmy prześcignęli Bukowinę i Dalmacyę, a nie dosięgli nawet Moraw (zajmujących ze stosunkiem około 1:600 ledwo czwarte od końca miejsce wśród krajów austryackich [11]) i ograniczyli się do 1 łóżka na 800 mieszkańców. W takim razie według spisu ludności z r. 1910 brakowałoby nam jeszcze około trzech tysięcy łóżek we właściwych szpitalach (dokładnie 3062).

Tę, bardzo, może nawet nazbyt oszczędnie obliczoną ilość można osiągnąć bez nadmiernego obciążenia kraju, budując corocznie tylko po 2 szpitale, mieszczące średnio po 100 łóżek, w ciągu lat piętnastu, a uwzględniając konieczny ze względu na przyrost ludności dodatek, dojśćby można do stosunku łóżek 1:800 mieszkańców w niespełna 20 latach.

Jednakże obecne przepełnienie szpitali ponad wszelkie granice nie dozwala w najbliższych latach trzymać się tak powolnego tempa; temu przepełnieniu trzebaby doraźnie zaradzić. W dzisiejszych warunkach, aby usunąć owe 5% przepełnienia średniego i stworzyć jakąś rezerwę wolnych łóżek (przyjmijmy tylko połowę normalnej rezerwy, t. j. 10%), konieczne jest zwiększenie ich liczby o 1017, jeżeli się przyjmie za podstawę obliczenia liczbę chorych, leczonych w r. 1910. Wtedy przypadałoby niemal 1 łóżko dopiero na 1000 mieszkańców [12]). Szpitale w Nowym Targu i Horodence, które czekają na sankcyę ustawy, nadającej im charakter publicznych i powszechnych, oraz przygotowane przez Wydział krajowy rozszerzenie kilku szpitali istniejących, zaspokoi jakąś czwartą część tej naglącej potrzeby. Koszt pozostałych $^3/_4$ mógłby wynieść (licząc według kosztorysów dla Przemyślan, Podhajec, Drohobycza i t. p. średnio jedno łóżko na 6—7 tysięcy koron) około $4^1/_2$ miliona koron.

Na poczet tej kwoty posiadały w r. 1907 [13]): Skała (pow. Borszczów) 200,000, Dynów (pow. Brzozów) 100,000, Lisko 83,000, Mościska 53,409, Rohatyn około 40,000, razem około pół miliona, nie licząc drobniejszych funduszów (Myślenice) i pomijając Kamionkę i Trembowlę, gdzie podobno już w r. 1905 [14]) budowa mogłaby się była rozpocząć.

2) Rozmieszczenie szpitali w kraju nie mogło się w ostatniem pięcioleciu wiele poprawić już z tego powodu, że chociaż przybyło ich 4 (Bóbrka, Czortków, Dolina, Kosów), a wliczając Nowy Targ i Horodenkę 6, to jednak tylko dwa z nich powstały w takich powiatach, gdzie przedtem nie było wogóle żadnego, nawet prywatnego szpitala. W ten sposób z 27 powiatów, które w r. 1907 nie miały jeszcze ani jednego łóżka szpitalnego [15]), pozostaje po latach pięciu niezaopatrzonych wcale w szpitale (nawet prywatne) jeszcze 25, z ludnością około 2 milionów (Bohorodczany, Borszczów, Brzozów, Dąbrowa, Dobromil, Gródek, Grybów, Kamionka, Kolbuszowa, Limanowa, Lisko, Mielec, Mościska, Myślenice, Nisko, Peczeniżyn, Pilzno, Podgórze, Rawa, Ropczyce, Starysambor, Strzyżów, Tłumacz, Wieliczka, Zborów); publicznych i powszechnych szpitali nie ma z 81 powiatów galicyjskich (jeżeli nie liczyć Nowego Targu i Horodenki) 39.

Powiaty, nie mające jeszcze żadnego wogóle łóżka szpitalnego, leżą gdzieniegdzie w zwartych kompleksach. Tak np. ogromny szmat kraju w kącie między Wisłą a Sanem, złożony z 5 powiatów (Dąbrowa, Kolbuszowa, Mielec, Nisko, Tarnobrzeg) z ludnością 365,970 ma wogóle tylko jeden szpital na swym północnym cyplu, w Tarnobrzegu, z 30 (wyraźnie trzydziestu) etatowemi łóżkami. Nawet licząc, że południowe części tych powiatów grawitują ku szpitalom w Tarnowie i Rzeszowie, wypadnie w tej części kraju jedno łóżko na 10,000 niemal ludności. Inna grupa powiatów w północnowschodniej części kraju (Rawa, Kamionka, Żółkiew, Sokal, Brody) ma wprawdzie 3 szpitale powszechne i publiczne z 294 łóżkami, lecz położone bardzo odśrodkowo względem powiatów kamioneckiego i rawskiego; oba zaś te powiaty nie mają ani jednego szpitala publicznego, ani prywatnego na 230,519 mieszkańców. Nie są to jedyne przykłady. Przez takie nierównomierne rozmieszczenie obecne są niektóre szpitale narażone znacznie więcej od innych na przepełnienie, które, dając się wszędzie odczuwać, tam staje się wprost nieznośne. I tak np. w r. 1910 miały:

	Etat łóżek	Stan chorych średni	dochodził do
Brody	70	74	120
Brzeżany	82	98	
Dolina	40	52	70
Drohobycz	120	180	240
Kałusz	40	75	100
Kosów	40	41	80
Podhajce	85	108	140
Przemyślany	44	62	
Śniatyn	50	73	
Stanisławów	120	186	
Stryj	99	138	
Tarnobrzeg	30	56	
Turka	52	70	
Wadowice	41	62	
Zaleszczyki	60	109	
Żółkiew	120	127	165

Rozpoczęta akcya mnożenia liczby szpitali powinnaby liczyć się z temi okolicznościami, oprzeć się na jakimś systematycznym programie, potrzebnym choćby dla określenia niezbędnego minimum liczby łóżek w nowych szpitalach, stosownie do warunków terytoryalnych, i powinnaby kierować się ku temu, aby z projektowanych szpitali ułatwić (np. przez zasiłki z funduszów krajowych) budowę naprzód tam, gdzie ona najpotrzebniejsza i najpilniejsza. Nie wiem, czy program taki istnieje; musiałby on się oprzeć na dokładnem określeniu, w jakim promieniu może potrzebę ludności zaspokoić każdy z istniejących już szpitali [16]) i które okolice są od szpitali zbyt odległe, jakie są tych okolic warunki komunikacyjne, dokąd ludność ich ciąży, jaka jest mniej więcej chorobowość, jakimi funduszami w gotówce zebranymi i z pożyczek może dany powiat lub miasto rozporządzać i t. p. Zdaje mi się, że mając taki całkowity program, możnaby uniknąć (nieustających nawet i teraz) niespodzianek w postaci przepełnienia szpitali co dopiero zbudowanych, a odrazu za ciasnych, (jak się obecnie okazuje np. w Dolinie, Tarnobrzegu, Turce, Zaleszczykach i t. d.). By szpitale równomierniej były obdzielone chorymi, a ludność równomierniej szpitalami, należałoby budowę stosować do potrzeb i warunków terytoryalnych, a nietylko do zebranych funduszów powiatu; uboż-

[9]) Zasada ta przyjmuje, że w szpitalach leczy się 5% ogólnej liczby chorych (przy chorobowości przyjętej jako trzydziestokrotna zejść śmiertelnych w ciągu roku), że średnio przebywa każdy chory w szpitalu 25 dni, a łóżko szpitalne średnio rocznie powinno być zajęte przez 320 dni. Przyjmując za podstawę śmiertelność r. 1907, (który był n. b. bardzo pomyślny pod tym względem) otrzymuje się z obliczenia ogólną ilość łóżek potrzebnych 22, 919.

[10]) Warszawa 1906.

[11]) Dla zrównania się z Morawami trzebaby w Galicyi ogółem 13.275 łóżek, to jest trzebaby utworzyć jeszcze drugie tyle, ile jest obecnie.

[12]) Liczba łóżek ściśle szpitalnych przy stosunku 1 : 1000 mieszkańców wynosiłaby w stosunku do ludności z r. 1910 — 7965.

[13]) Według sprawozdań Kraj. Rady zdrowia.

[14]) Według sprawozdań Kraj. Rady zdrowia.

[15]) Według Krajowej Rady zdrowia; podana przez Sejmową Komisyę sanitarną w r. 1908 liczba niezaopatrzonych powiatów, 19, polega zdaje się na pomyłce.

[16]) Próbę takiej »mapy szpitalnej«, obejmującej jednak tylko szpitale powszechne i publiczne, przedstawiłem w r. 1907 w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i przesłałem potem do Biura sanitarnego Namiestnictwa; znacznie lepsza mapa, uwzględniająca wszystkie szpitale i stosunek łóżek w szpitalach publicznych i w szpitalach prywatnych wystawiona była później przez Krajową Radę zdrowia w czasie Zjazdu lek. we Lwowie.

sze powiaty należałoby w tym celu wspierać dotacyami krajowemi z umyślnie utworzonego funduszu.

3) Pomieszczenie szpitali istniejących poprawiło się w ostatniem pięcioleciu znakomicie. Pomijam szpitale stołeczne, — z których lwowski zyskał bardzo wiele (rekonstrukcya oddziałów dziecięcych i gmachu głównego, oddziały zakaźne, klinika dermatologiczna), a krakowski po rekonstrukcyi oddziału chirurgicznego stoi w przededniu podobnej modernizacyi (oddziały wewnętrzne), — bo o tem było już powyżej (w ustępie I).

Co do szpitali prowincyonalnych, to Sejmowa Komisya sanitarna określiła ich pomieszczenie następująco:

	wzorowe,	wymaga wkładów małych, —	wielkich,	złe	razem
w r. 1906	13	9	5	6	33
» 1908	19	9	2	6	36

zaliczając do źle pomieszczonych w r. 1908 szpitale w Stanisławowie i Wadowicach, a do zupełnie złych: w Bochni, Białej, Jaśle, Podhajcach, Sanoku i Żółkwi. Sądząc ze sprawozdań inspektora szpitali, była to kwalifikacya może trochę za korzystna, bo do złych należałoby zaliczyć także i szpital starego typu w Brodach, do całkiem złych — w Przemyślanach. Wypadłoby przeto:

	dobre	mierne	złe	całkiem złe	razem
w r. 1906	13	7	6	7	33
» 1910	23	7	3	5	38
w najbiższej przyszłości	28	7	3	2	40

licząc, że po odbudowie najgorszych szpitali w Przemyślanach (już uchwalona przez Sejm), Podhajcach i Bochni (wnioski przedłożone Sejmowi) pozostaną z tej grupy tylko: Jasło i Żółkiew, a Nowy Targ i Horodenka wkrótce doczekają się sankcyi. Nadmienić zresztą należy, że do dobrych szpitali zaliczyłem także 3 starszego typu, wymagające już pewnych adaptacyi.

Co do tak ważnego braku w budynkach szpitalnych, jak brak osobnych pawilonów zakaźnych, to w r. 1907 nie miało takich pawilonów jeszcze 11 szpitali (Biała, Bochnia, Brody, Drohobycz, Jasło, Podhajce, Sanok, Stanisławów, Tarnów, Żółkiew, Lwów). Obecnie zaś, gdyby nie liczyć Drohobycza i Podhajec (bo wnioski już przedłożone Sejmowi), jest już tylko 5 szpitali bez odrębnego budynku dla chorych zakaźnych. Są to właśnie tesame najgorsze szpitale, które zostały zupełnie zaniedbane, bo wogóle muszą być z gruntu przebudowane lub zyskać całkiem nowe budynki.

Szpitale nowe i w ostatnich czasach rekonstruowane, a nie stare jeszcze, mają mniej lub więcej celowy rozkład sal, starsze, a zrekonstruowane, — znośny; wyjątkowo tylko są jeszcze gdzieniegdzie poważniejsze w tym względzie usterki (Gorlice). Nie można jednak ze sprawozdań inspektoratu wytworzyć sobie wyobrażenia, w ilu z obecnie »dobrych« szpitali uwzględniona została zasada osobnych sal na pobyt dzienny, osobnych sal do leczenia gruźlicy [17]), ani jakby się w ogólnym zarysie przedstawiły mieszkania personalu, zarówno dla lekarzy, jak i dla służby zakonnej i świeckiej, które i w dobrych zresztą szpitalach mogą mieć poważne usterki. W ostatniem np. sprawozdaniu znajduje się wzmianka, że w Krośnie mieszkanie dla Sióstr zakonnych stanowi zimna i ciasna izba, a w Kałuszu stróże szpitalni mieszkają w pawilonie zakaźnym. Publikacya o szpitalach galicyjskich, zapowiedziana przez Sejmową Komisyę sanitarną, powinna dać dokładny obraz i tej strony urządzenia szpitali.

Ze sprawozdań inspektoratu szpitalnego w ostatniem pięcioleciu widnieje usilne staranie o stworzenie we wszystkich szpitalach prowincyonalnych odpowiednich sal operacyjnych, ile możności odrębnie dla spraw zakaźnych i dla operacyi aseptycznych, oraz pokojów opatrunkowych i sal porodowych. Braki, które w najbliższym czasie znikną lub już znikły, miały w r. 1911 co do sal operacyjnych, opatrunkowych i porodowych po 2 zresztą dobre szpitale; w kilku (4) innych wymagały sale operacyjne niewielkich ulepszeń (lepszego ogrzania i t. p.). To samo staranie widać co do wyposażenia szpitali w posadzki zamiast podłóg, lakierowane ściany i t. p. szczegóły wewnętrznego wykończenia.

(Dok. nast.).

[17]) Umieszczanie chorych na gruźlicę w pawilonach dla chorób zakaźnych, co stara się w ostatnich latach wprowadzić w życie inspektorat szpitalny, nie wydaje mi się postępowaniem odpowiedniem, z przyczyn, które podniosłem już na ankiecie przeciwgruźliczej.

Korespondencya.

Zakopane, w marcu 1912.

Ogół nasz żywo zainteresował się w ostatnich czasach sprawą parku w Zakopanem, sprawą co prawda ważną, która niewątpliwie, jako dotycząca najważniejszego naszego górskiego uzdrowiska, zwróciła na siebie także uwagę świata lekarskiego, tem bardziej, że rzecz dostała się na szpalty dzienników politycznych, które ją z różnych punktów widzenia oświetlały. Jako stały obecnie mieszkaniec Zakopanego, chcę z istotą sprawy zaznajomić ogół kolegów, a czynię to dopiero teraz, gdyż jako osobiście przedtem interesowany w tej sprawie, nie chciałem głosu zabierać, zanim jej stanowczo już nie załatwi Rada gminna. Byłem zaś osobiście interesowany o tyle, że na wiosnę roku zeszłego nabyłem parcelę przy ul. Marszałkowskiej z zamiarem postawienia sobie willi, a właśnie o tereny przy ulicy Marszałkowskiej toczył się spór między gminą a stacyą klimatyczną. Spór ten zakończony został uchwałą Rady gminnej z dnia 17. lutego b. r., mocą której Rada gminna uznała tereny na t. zw. Chrapkowskim wierchu za odpowiedniejsze pod park, niż tereny przy ul. Marszałkowskiej, i zreasumowała uchwałę z r. 1904, zakazującą zabudowywania gruntów przy ul. Marszałkowskiej, jako rezerwowanych pod park.

Przechodzę od razu do realnej strony sprawy, t. j do kosztów, jakie pociągnęłoby za sobą założenie parku na gruntach, położonych przy ul. Marszałkowskiej. Otóż według opinii komisyi, która się odbyła w tej sprawie w Zakopanem w jesieni r. 1911, a złożonej z marszałka powiatu, naczelnika gminy, reprezentantów Namiestnictwa i obszaru dworskiego, oraz komisarza rządowego, jako reprezentanta Stacyi klimatycznej, koszta przybliżone, potrzebne na wykupno gruntów przy ul. Marszałkowskiej, wyniosłyby przeszło $^1/_2$ miliona kor. (niema w tem oczywiście kosztów budowy Domu zdrojowego, zalesienia terenu i wszelkich urządzeń). Koszta zaś wykupna gruntów na Chrapkowskim wierchu wyniosłyby około 150.000 kor. Na podstawie też tego obliczenia komisya powyższa orzekła, że założenie parku na gruntach, przy ul. Marszałkowskiej położonych, nie da się urzeczywistnić, gdyż gmina na tak znaczny wydatek zdobyć się nie może. Protokół z tej komisyi spisano, podpisali ją wszyscy biorący w niej udział, nie wyłączając reprezentanta Komisyi klimatycznej, i odesłano do gminy.

Odezwały się jednak wkrótce głosy, że z tak ważną sprawą, jak sprawa parku (a jest ona niewątpliwie ważną dla Zakopanego) nie należy się spieszyć i mimo, że toczy się ona już od 8 prawie lat, należy dalej czekać, bo może pieniądze »skądś się znajdą«. — Gdzie i skąd mają się te pieniądze znaleść, tego nie wiem, przypatrzywszy się jednak stosunkom tutejszym z blizka, doszedłem do przekonania, że gdyby się te pieniądze »gdzieś znalazły«, wypadałoby ich użyć raczej na cele nietylko ważne i potrzebne, jak park, ale na cele bezwzględnie konieczne, a do nich zaliczam skanalizowanie Zakopanego i zaprowadzenie oświetlenia elektrycznego, — bez których Zakopane bezwarunkowo dalej istnieć i rozwijać się nie może.

Te dwie ostatnie sprawy, to nie rzeczy wygody, ozdoby, a nawet potrzeby uzdrowiska, to warunki jego dalszego życia i rozwoju. Tu przyjeżdżają ludzie chorzy oddychać zbawczem powietrzem górskiem, dzisiaj zanieczyszczonem wyziewami dołów kloacznych i miejsc ustępowych, których zawartość wywozi się raz lub dwa na tydzień zwykłą beczką. Tu dalej przyjeżdżają uczestnicy sportów zimowych, tak pięknie na tutejszych terenach się rozwijających. — Nie pomogą wszelkie zabiegi Towarzystwa turystycznego; człowiek zachodni, skosztowawszy raz wygód naszych urządzeń, nie powróci do nas więcej i każdego przed niemi przestrzeże.

Ale te dwa tak ważne postulaty nie dadzą się dzisiaj zrealizować; dlaczego? bo niema na to pieniędzy!

Drugą sprawą, równie ważną dla życia i zdrowia, jak stałych mieszkańców, jak i przyjezdnych, — jest sprawa zwalczania chorób zakaźnych. Czy ogółowi naszemu wiadomo, że (pominąwszy odkażanie formaliną) Zakopane nie posiada przyrządu dezynfekcyjnego? I jak tu zwalczać wybuchające od czasu do czasu epidemie płonicy, błonicy, i t. d., jak zabezpieczać ludzi przed zakażeniem gruźlicą, gdy przedmiotów najbliżej stykających się z chorymi, jak pościel i ubrania, nie ma czem odkazić? — A dlaczego nie ma przyrządu dezynfekcyjnego? Bo niema na to pieniędzy! Stacya zaś klimatyczna wobec takich stosunków szuka pieniędzy..... na park.

Rada gminna w tym przypadku postąpiła mojem zdaniem bardzo rozsądnie, nie biorąc na siebie wydatków, których ponieść nie zdoła, a uchwalając równocześnie system willowy dla ul. Marszałkowskiej, by ją uchronić od niewłaściwego zabudowywania.

Nic dziwnego, że wobec sprawy, wziętej pod tym kątem widzenia, nie kuszę się o rozstrzygnięcie, czy park w Zakopanem na tym czy innym powstać powinien terenie. Teoretyczne rozważania nad tą sprawą pozostawiam znawcom specyalistom, a rozstrzygnięcie pytania, na co naprzód należy użyć pieniędzy, gdyby były, lub istotnie się skądś znalazły, poddaję pod sąd naszego świata lekarskiego.

Dr J. Różecki.

---

†

Dr Aleksander Stopczański

emer. profesor chemii lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim

zmarł 8. marca 1912 w 77. roku życia.

Obszerniejszy życiorys umieścimy w jednym z następnych numerów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. III. b. r. posiedzenie, na którem prezes uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. prof. A. Stopczańskiego. Następnie Dr Eisenberg przedstawił sposoby negatywnego barwienia bakteryi. W dyskusyi nad tem i nad wykładem Dr Jekelsa przemawiali Dr Blassberg, Potrzobowski, Doc. Koźniewski i prelegenci.

— Popularne pismo higieniczne p. t. »Przyjaciel zdrowia«, jako miesięczny dodatek do »Przewodnika kółek rolniczych« wychodzić zacznie 1. kwietnia we Lwowie z inicyatywy Sekcyi higieny ludowej Towarzystwa higienicznego. Łącznikiem między tą Sekcyą a Zarządem kółek rolniczych i komitetem redakcyjnym będą członkowie tych trzech gron: Dr S. Bernadzikowski i Dr S. Mikołajski. (Głos lek. 5).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Nowak, rodem z Brzostku, Michał Studziński, rodem z Łukowa w Królestwie polskiem, Ludwik Mierosławski, rodem z Warszawy, Edward Miziura rodem ze Świątnik Górnych i Emil Schönberg z Krakowa.

— Ważniejsze uchwały Zarządu Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, zapadłe na ostatniem pełnem posiedzeniu dotyczą: 1) usilnych starań u Wydziału krajowego o rychłe rozpatrzenie petycyi Związku, przez komisye sejmowe zaleconych; 2) przedsięwzięcia z wiosną szerszej akcyi wiecowej po miastach i zdrojowiskach w kraju dla domagania się asanacyi zdrojowisk i uzdrowisk; 3) zestosunkowania się z działalnością Kółek rolniczych, jakoteż Towarzystw prowincyonalnych, drogą tworzenia po zdrojowiskach i uzdrowiskach Sekcyi Związku lub mianowania delegatów; 4) zapoczątkowania pośrednictwa pracy dla służby po zdrojowiskach, liczącej przeszło 4.000 osób; 5) utworzenia oddziałów turystyczno-krajoznawczych po zdrojowiskach i uzdrowiskach i zorganizowania ich jako Związkowej Sekcyi turystyczno-krajoznawczej pod egidą Krajowego Związku zdrojowisk; 6) zapoczątkowania akcyi celem zniesienia taksy zdrojowej w sezonie trzecim; 7) utworzenia komitetu dla urządzenia we wrześniu b. r. w Rymanowie Wystawy przemysłowo-balneologicznej, połączonej z takimże dorocznym Zjazdem balneologiczno-przemysłowym, uchwalonym przez Zjazd zeszłoroczny w Krynicy.

W Zakładzie kredytowym Związku na posiedzeniu Rady nadzorczej w d. 26. II. przedstawił Dyr. Dr Łobaczewski sfinansowanie wodociągów w Truskawcu, nowego sanatoryum p. Rumińskiego w Zakopanem, Tow. wzaj. pomocy lekarzy galicyjskich, powiększenia zakładu kąpielowego w Nowosielcach szlacheckich, zakładu kąpielowego w Szkle, transakcye o wille w Zakopanem, o Żegiestów-Zdrój, o kilka pożyczek budowlanych w uzdrowiskach, wreszcie zestosunkowanie się z innemi instytucyami finansowemi.

W najbliższym czasie wyjdzie staraniem Krajowego Związku zdrojowisk obszerny »Przewodnik po zdrojowiskach«, zawierający wiadomości o przeszło 200 miejscowościach leczniczych w kraju.

Biura Związku przeniesione zostały wraz ze Składnicą krajowych wód mineralnych, Zakładem kredytowym zdrojowisk i Redakcyą »Naszych Zdrojowisk« na ul. Romanowicza l. 9.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. II. do 2. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 5 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 5, płonicy 5 † — (3 † 2), odry 2 † 1 duru brzusznego 3 † — (— † 1), róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« w Nrze 9. na naczelnem miejscu ogłasza artykuł od Redakcyi, domagający się reformy w sposobie mianowania ordynatorów (prymaryuszy) szpitalnych, mianowicie drogą konkursu, który na zasadzie prac naukowych, stopnia wykształcenia fachowego i liczby lat pracy szpitalnej rozstrzygałaby komisya, złożona z inspektora szpitali, naczelnego lekarza szpitala, w którym posada wakuje, kilku specyalistów z tego samego działu i 1—2 przedstawicieli pokrewnych działów medycyny.

— Nagrody konkursowe »Medycyny i Kroniki lek.« przyznano: z daru Dra Majkowskiego Dr. Pechkrancowi za streszczenie zbiorowe o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną, a z daru Dra Korybut-Daszkiewicza Dr. Kramsztykowi i Dr. M. Rapplowi za artykuły z zakresu chorób trawienia — po 50 rb.; z daru Dra Rzętkowskiego i z fundacyi Redakcyi: Dr. A. Landauowi za pracę o moczówce cukrowej i Dr. E. Burschemu za pracę o przepuklinie nadbrzusznej po 100 rb.; z daru Dra Kopytowskiego nagrody nie przyznano nikomu.

— Przypadki włośnicy według »Gazety lek.« (9), mnożą się w Warszawie coraz więcej.

— Dr Józef Jaworski, redaktor »Zdrowia«, mianowany został członkiem honorowym »Spolku ceskych lekaru«.

Z różnych stron. W sprawie udziału Słowian, w szczególności Ukraińców, w Zjeździe dla higieny społecznej w Petersburgu ogłosił w »Now. Wrem.« artykuł znany publicysta Filewicz. Nawiązując do oznajmienia Prof. Bechterewa, że na Zjeździe będzie prawdopodobnie dopuszczony język ukraiński (małoruski), a to dla uniknięcia demonstracyi politycznej, radzi Filewicz wyrzec się tego zamiaru, albowiem »takie dopuszczanie będzie właśnie demonstracyą polityczną«. Będzie to, zdaniem Filewicza, »uznaniem praw języka ukraińskiego, których on nigdy nie posiadał«. Należy tego unikać tembardziej w tym przypadku — pisze Filewicz — »ponieważ Ukraińcy austryaccy mają zamiar połączyć się na Zjeździe w jedną grupę z Ukraińcami rosyjskimi«.

— Porządek dzienny dorocznego ogólnego posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 24. II. (8. III.) br. obejmował następujące punkty: 1) Prof. Dr Zaleski: »Wrażenia z letniej wycieczki naukowej 1911« r.; 2) Inż. Kotarski: »O II. Wszechrosyjskim Zjeździe pracowników w dziedzinie geologii stosowanej«; 3) Dr Marcinkiewicz: »Kilka słów w sprawie utworzenia Towarzystwa niesienia pomocy lekarskiej dla niezamożnych rodaków«, a w końcu wybory członków honorowych i sprawozdania doroczne.

— Pani Dr. Lydia Rabinowitsch została mianowana tytularną profesorką bakteryologii w Uniwersytecie berlińskim.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. II. do 4. III. 1912 przypadków: ospy 7 † 2, płonicy — † —, duru plamistego 1 † —, duru brzusznego — Dr Trenkner.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1912. (Dokończenie).

Głos lekarzy Nr 3—4. Krajowa Rada zdrojowisk i uzdrowisk. — W sprawie lekarzy szpitalnych. — Zwrot kosztów za rękawiczki gumowe przy sekcyach sądowo-lekarskich. — Zjazd lekarzy okręgowych. — Czy lekarz miejski może być członkiem Rady szkolnej miejscowej? — Komorowski: Opieka nad dziećmi, danemi na wychowanie w miastach. — Mikołajski: Lekarze włoscy przeciw pojedynkom. — Mars: Sprawy zdrowotne w Sejmie. — Żychoń: Stan sprawy zwalczania gruźlicy w różnych dzielnicach Polski (Galicya i Śląsk). — Piasecki: Lekarze szkolni w Polsce.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1. Sprzedaż Morszyna. — Podanie polskiego Tow. balneologicznego do Ministerstwa dla Galicyi, Koła polskiego i Wydziału krajowego.

Nasze Zdroje Nr 3—4. Szumowski (dok. 3), — Praschil: Porównawcze zestawienie wskazań dla Krynicy i Truskawca (3).— Uwagi i wskazania posezonowe (c. d.). — O utworzenie krajowego funduszu dla asanacyi zdrojowisk i uzdrowisk (3). — Kąpiele faliste »undosa« (3). — N. Z.: I znowu krok naprzód (4) — Askenazy: Wskazauia balneoterapii w Krynicy (4). — Godlewski: Ankieta publiczna o zdrojowisku Druskienickiem (4).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 13. marca 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Dr E. Godlewski junior: Z nowych poglądów na ciągłość i trwałość żywej materyi.